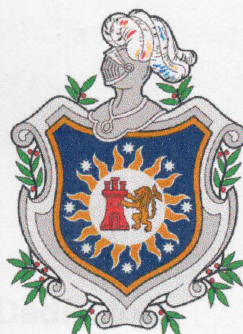


UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE NICARAGUA, MANAGUA
UNAN, MANAGUA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS



**Cumplimiento del Protocolo de Hemorragia Postparto, en Pacientes
Atendidas en el Hospital José Nieborowski, Boaco, en el Periodo de
Enero 2016 a Enero 2017.**

AUTOR:

- Br. Howard Francisco Amador Salazar.

Tutores:

- Dr. Ruslan Tablada Marinkina
(Especialista en Ginecología y Obstetricia).
- Dr. Erasmo Jesús Aguilar Arriola.
(Master en Salud Ocupacional).

Biblioteca Central "Salomón UNAN-Managua"
Fecha de Ingreso: 28/9/18
Comprado: Don. Fac. Med
Precio: C\$ 1.00
Registro No. 98636

MED
ESP / TO / NYOBST
378.242
Amo
2018

Boaco, Nicaragua, enero 2018

Dedicatoria

A Dios primeramente por otorgarme la vida, salud, fortaleza, inteligencia y sabiduría para realizar mi trabajo monográfico y lograr culminarlo.

A mis padres quienes con esmero y esfuerzo me apoyaron y me alentaron a seguir adelante.

A los docentes que con paciencia y exigencia me orientaron, guiándome para obtener el conocimiento para que el día de hoy logre culminar mis estudios.

A mis tutores Dr. Erasmo Aguilar y Dr. Ruslan Tablada, quienes me instruyeron, orientaron y apoyaron correctamente lo que me ha permitido dar un nuevo paso.

Agradecimiento

Es una satisfacción personal terminar algo que costó mucho al inicio, en este tiempo aprendí de mis errores, conocí cual es mi verdadero potencial y descubrí que la vida es más bonita cuando se trabaja por las cosas que uno quiere junto a personas de buen corazón, la medicina es mi pasión por ello este trabajo lo he realizado con mucho amor y dedicación con el objetivo de colaborar al bienestar materno infantil de mi país. Mi más profundo agradecimiento es en primer lugar:

A Dios por darme la vida, cuidarme y guiarme en todo lo que he hecho, además por el tiempo que me ha regalado, el entendimiento y la paciencia para culminar una parte de mis estudios.

A mi precioso hijo Howard Ibrahim, que me impulsa a seguir logrando éxitos.

A mis padres Carmen María Salazar y Francisco Amador por ser el apoyo incondicional.

A mis Hermanos Hansell e Ingrid, por estar siempre junto a mí y apoyarme.

A mis Maestros de manera especial.

Dr. Ahmed Mendez, Dr. Alexander Marín, Dra. Mariela Dominguez.

A mis compañeros: Yarumi Sobalvarro, Demba Keita, Suntú Cesay, Lester Moya, Eduard Gonzáles, Hilario García, Rosario Cortez, Marjorie Padilla.

Agradezco con mucho respeto y de manera muy especial a mis tutores:

Dr. Erasmo Jesús Aguilar Arriola por su paciencia y tiempo siempre disponible, generando ideas propias con mucho fundamento que provocaron mejoras continuas que han sido claves e invaluable en el desarrollo de este trabajo investigativo.

Dr. Ruslan Tablada Marinkina, por el tiempo que dedico para la revisión de cada una de las etapas, logrando con su valiosa ayuda científica la realización y desarrollo de este trabajo investigativo.

Al personal de estadísticas por su colaboración, ya que sin su decidido apoyo no se hubiese logrado ingresar en los lugares más inhóspitos del hospital.

Opinión del tutor clínico

La Hemorragia Postparto es la primera causa de muerte materna en países como el nuestro, representa uno de los principales problemas de salud pública en América Latina. Una de las medidas que se ha utilizado para incidir en este problema en Nicaragua, ha sido protocolizar el abordaje y el manejo de la misma, sin embargo, el problema persiste por la falta de implementación en las diferentes unidades de salud.

El presente estudio es de relevancia ya que determina el nivel de cumplimiento del protocolo de Hemorragia Postparto en el Hospital José Nieborowski, Boaco, tomando en cuenta que el apego al manejo establecido en el protocolo, incide en dar respuesta adecuada a tan importante problema de salud en mujeres después del parto.

Considero que el presente estudio, realizado en el Hospital José Nieborowski, Boaco, en el periodo de Enero 2016 a Enero 2017, desarrollado por el Br. Howard Francisco Amador Salazar, es de suma importancia tanto a nivel local, regional y nacional ya que ayudará a tomar medidas, para brindar una atención integral a las usuarias en todos los niveles, con el objetivo de disminuir este flagelo, logrando de esta manera ayudar al bienestar materno infantil y con ello al desarrollo de nuestra Nación.

Dr. Ruslan Tablada Marinkina
Especialista en Ginecología y Obstetricia.

Opinión del tutor metodológico

El presente estudio, titulado: **“Cumplimiento del Protocolo de Hemorragia Postparto, en Pacientes Atendidas en el Hospital José Nieborowski, Boaco, en el Periodo de Enero 2016 a Enero 2017.”**, elaborado por el bachiller **Howard Francisco Amador Salazar**, es de importancia epidemiológica y clínica, tanto para el Hospital de Boaco, como para el país, ya que como es bien sabido, la Hemorragia postparto, es una de las principales causas de mortalidad materna, tanto en los países en desarrollo como Nicaragua, como en los desarrollados.

Es estimado, que a nivel mundial, la Hemorragia postparto severa, se presenta en alrededor del 11% de las mujeres. Se cree, que la incidencia es mucho mayor en países en vías de desarrollo, donde gran parte de las mujeres, no tienen posibilidad de un parto asistido por personal capacitado, y donde la conducta activa del alumbramiento, puede no ser la práctica de rutina.

Según cifras del Ministerio de Salud de Nicaragua, en el períodos del 2000 al 2009, se registraron 1141 muertes maternas, de las cuales, 996 se vincularon con embarazo, parto y puerperio, ocurriendo el 53% de las muertes, a nivel institucional, 40% domiciliar y 7% en vías públicas, identificándose como principal causa de muerte directa, la Hemorragia por retención placentaria, Atonía uterina, Placenta previa y Ruptura uterina. Estos datos impulsaron la elaboración de un Protocolo de Atención de la Hemorragia Postparto.

Como todo Protocolo y herramienta de apoyo para mejorar el trabajo, parte del compromiso adquirido es el de Mejora continua, siendo una forma de garantizar la calidad por medio de esta mejora, el determinar el Cumplimiento del Protocolo de Hemorragia Postparto, que en el presente estudio, se centra en las pacientes atendidas en el Hospital José Nieborowski, Boaco, en el período de enero 2016 a enero 2017, permitiendo obtener datos del manejo apegado a las normativas nacionales, en lo referente a esta complicación obstétricas del trabajo de parto.

Felicito a las bachiller, por el logro alcanzado con la culminación del presente trabajo monográfico, superando todas las pruebas adversas que se presentaron durante su proceso de formación, así mismo, lo felicito por la entrega y dedicación demostrada en la ejecución del estudio, que aporta información importante para el país y la región, un trabajo lleno de empeño y esfuerzo, que a mi criterio, reúne los lineamientos básicos de un trabajo de tesis.

Dr. Erasmo Jesús Aguilar Arriola.
Profesor Principal de Fisiología.
Responsable del Laboratorio de Fisiología.

I. RESUMEN

En el presente estudio se abordó el Cumplimiento del Protocolo de Hemorragia Postparto, en Pacientes Atendidas en el Hospital José Nieborowski, Boaco, en el Periodo de Enero 2016 a Enero 2017. La HPP es uno de los principales problemas de salud pública en Latinoamérica. En Nicaragua sigue siendo la primera causa de muerte materna a pesar de contarse con un protocolo de atención de este problema en la normativa 109 del Ministerio de Salud.

Este estudio es descriptivo, retrospectivo y de corte transversal correspondiéndose la muestra con el universo, surge para realizar una investigación y evaluación de la aplicación del protocolo de HPP en cada expediente clínico del Hospital José Nieborowski, el instrumento que se utilizó fue la lista de chequeo que elaboró el MINSA para cada una de las causas, además una ficha de recolección de datos basado en el protocolo que generó información de mucho interés para el estudio.

Entre los resultados el grupo etario más frecuente fue de 20 a 35 años, 62% de las pacientes procedían del área rural, 80% amas de casa, como grupo étnico predominante el mestizo 98%, el 6% tenían estudios superiores y 76% se encontraban en unión de hecho, el 65% presentaron factores de riesgo para HPP, reportándose manifestaciones clínicas en el 100% de los casos, además no se cumplió la indicación de los 9 exámenes protocolados, en el 100% de los casos, ya que no se indicaron y en algunos casos ni se interpretaron, el MATEP se cumplió en el 86% de pacientes, en cuanto al cumplimiento del manejo según causa el 70% lo cumplió y el 65% cumplió con los criterios de alta.

Los resultados del estudio, demuestran que aún hay un porcentaje significativo de pacientes con Hemorragia postparto, en las cuales no se cumple adecuadamente el manejo según protocolo, lo cual podría dar lugar a complicaciones que desencadenarían muertes maternas.

Palabras claves: Hemorragia Postparto, Atonía Uterina, Desgarros Vulvoperineales, Desgarros Cervicales.

II. SIGLAS

- **AMP** Ampicilina
- **DT** Toxoide diftérico y tetánico
- **GEN** Gentamicina
- **HPP** Hemorragia Postparto
- **HJNB** Hospital José Nieborowski
- **IM** Intramuscular
- **IV** Intravenoso
- **KG** Kilogramo
- **MATEP** Manejo Activo del Trabajo de Parto
- **MET** Metronidazol
- **MG** Miligramo
- **MINSA** Ministerio de Salud de Nicaragua
- **ML** Mililitros
- **MOSAF** Modelo de Salud Familiar y Comunitario
- **MUI** Mili Unidades Internacionales
- **ODM5** Objetivo de desarrollo del milenio #5
- **OMS** Organización Mundial de la Salud
- **OPS** Organización Panamericana de la Salud
- **SILAIS** Sistema Local de Atención Integral en Salud
- **SSN** Solución Salina Normal
- **UNFPA** Fondo de las Naciones Unidas
- **UNICEF** Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia
- **RMM** Razón de Mortalidad Materna
- **FIGO** Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia
- **TCC** Tracción Controlada del Cordón umbilical

III. INDICE

CAPITULO 1 GENERALIDADES

Introducción.....	1
Antecedentes.....	3
Justificación.....	8
Problema de investigación.....	10
Objetivos.....	11
Marco teórico.....	12

CAPITULO 2 DISEÑO METODOLOGICO.....36

Tipo de estudio.....	37
Lugar de estudio.....	37
Criterios de selección de la muestra.....	38
Instrumento de recolección de la información.....	39
Procedimiento de recolección de información.....	40
Procedimiento del análisis de la información.....	41
Listado de variables.....	42
Operacionalización de variables.....	44
Consideraciones éticas del estudio.....	56

CAPITULO 3 RESULTADOS.....57

Resultados.....	58
Análisis y discusión de los resultados.....	62
Conclusiones.....	66
Recomendaciones.....	67
CAPITULO 4 REFERENCIA BIBLIOGRAFICA.....	70
Bibliografía.....	71
CAPITULO 5 ANEXOS.....	73
Anexos.....	74
Tablas y gráficos.....	78

CAPITULO 1 GENERALIDADES

IV. INTRODUCCIÓN

El presente estudio abordó el cumplimiento del protocolo para la atención de la Hemorragia Postparto (HPP), patología que en Nicaragua representa la primera causa de morbilidad y mortalidad materna con el 34% y en Latino América constituye la segunda causa de mortalidad materna con un 21%.

A nivel mundial se define Hemorragia Postparto como la “pérdida hemática superior a 500ml tras un parto vía vaginal o 1000ml si lo es por vía cesárea, durante las primeras 24 horas, además descenso de un 10% del hematocrito respecto a los niveles antes del parto o la cesárea. Pérdida sanguínea que haga a la paciente sintomática o que resulte en signos de hipovolemia” (Ministerio de Salud, 2013).

La Hemorragia Postparto puede ser dividida dependiendo del tiempo de aparición en primaria o precoz, (HPP) y secundaria o tardía (HPT). La HPP ocurre en las primeras 24 horas luego del nacimiento y está asociada a problemas agudos como Coagulopatías, trabajo de parto prolongado, Corioamnionitis, anomalías de la inserción placentaria, uso de agentes que relajan el musculo uterino como el Halonato o el Sulfato de Magnesio y Retención de Restos Placentarios; esta última es la causa más frecuente de HPP. La HPT es la que acontece después de las primeras 24 horas posteriores al parto o la cesárea y antes de las 6 semanas de puerperio, generalmente se debe a subinvolución del lecho placentario, retención de restos, endometritis o Enfermedad Trofoblástica (ACOG, 1998).

Teniendo en cuenta que 2/3 de los casos no tienen factores de riesgo identificados y que la mayor parte de las muertes maternas ocurren durante las primeras 4 horas postparto, debidas a complicaciones que se presentan en el tercer período del parto, la prevención de esta patología ha representado una estrategia mundial para reducir la morbimortalidad materna ya que los casos son potencialmente prevenibles.

La oportuna intervención mediante la aplicación del MATEP (Manejo Activo del Tercer Periodo del Parto) reduce su incidencia en más del 50% y un adecuado control prenatal constituye una herramienta poderosa en la batalla contra este flagelo como es la Hemorragia Postparto.

El Ministerio de Salud creó la normativa 109, Protocolo para la Atención de las Complicaciones Obstétricas, totalmente seguros que haciendo un adecuado cumplimiento en función de parámetros de tiempo, tipo, cantidad de sangre y signos vitales, ofrece la alternativa de extraordinaria eficacia para la reducción de estas muertes maternas a causa de Hemorragia Postparto, es importante señalar que estas medidas no son de alto costo, por lo tanto beneficia a los proveedores y sistema de salud en su labor a cumplir con el quinto objetivo de desarrollo del milenio “Mejorar la Salud materna en $\frac{3}{4}$ partes” (OMS Objetivos de Desarrollo del Milenio Informe 2013) tiene como meta disminuir la tasa de mortalidad materna en 40 por cada 100,000 nacidos vivos para el año 2015 (Ministerio de Salud, 2013).

Este problema de salud es de relevancia Nacional, plenamente conscientes que un buen control prenatal para la identificación de factores de riesgo, la práctica rigurosa del MATEP y el correcto manejo basado en el protocolo de Hemorragia Postparto reduce en un 50% esta causante de morbilidad materna, con el presente documento se pretende evaluar el cumplimiento del abordaje diagnóstico de HPP realizado en el Hospital José Nieborowski.

En el primer capítulo del estudio se detalla antecedentes de Hemorragia Postparto a nivel mundial, Latinoamericano y Nacional con datos porcentuales comparativos a las variables que se utilizaron. La decisión de realizar este trabajo se justifica por la relevancia que tiene esta patología en nuestro país ya que a pesar de protocolizar su manejo no deja de ser importante el número de casos que se presentan y debe ser pertinente una vigilancia continua en todos los niveles de atención. Con el objetivo general se dio respuesta al problema de investigación donde se determinó el nivel de cumplimiento del protocolo de HPP en el Hospital José Nieborowski.

El marco teórico está basado principalmente en la normativa 109, protocolo para la atención de las complicaciones obstétricas, elaborado por el Ministerio de Salud en abril del año 2013. En el capítulo 2 se especifica el tipo y lugar donde se llevó a cabo el estudio, el capítulo 3 se detalló la referencia bibliográfica de todo el documento, seguidamente el capítulo 4 de anexos se encuentran el método de recolección de la información así como listado de variables.

V. ANTECEDENTES

Reseña Histórica de la Hemorragia Postparto

En India, la esposa preferida del Shah Jahan, (emperador de principios del siglo XVII), la emperatriz Mumtaz Mahal, falleció en su décimo cuarto parto debido a una Hemorragia Obstétrica en 1631. El emperador dedicó el resto de su vida a la construcción de la tumba de su esposa, el Taj Mahal, el cual requirió más de 20.000 obreros y 20 años para su terminación.

Por contrapartida en Suecia, en la misma década de la muerte de Mumtaz, se creó el colegio médico que en 1749 estableció el primer registro vital europeo. La infraestructura resultante, la educación, el entrenamiento de médicos y enfermeras, y un sistema de registro, fueron responsables de la disminución de la mortalidad materna, de 900 a 230 por 100.000 nacidos vivos, entre 1751 y 1900.

Dos factores importantes emergieron para la reducción de la muerte materna, después de 1930: la introducción de la Ergometrina y las transfusiones de sangre facilitadas por los equipos de urgencia obstétrica. Históricamente, Credé fue el primero en introducir el manejo activo del tercer periodo del parto: conducta vigilante y si era necesario tracción delicada de la placenta.

En 1997 con motivo de la inauguración del congreso de la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO) en Copenhague, y haciendo referencia a ese aspecto del problema, el presidente de la FIGO dijo: “Las mujeres no están muriendo por enfermedades que no podamos tratar; están muriendo porque las sociedades no han tomado aún la decisión si esas vidas valen la pena ser salvadas (Lugones & Ramírez, 2012).

Antecedentes a nivel mundial

Desde 1990 varios países subsaharianos han reducido a la mitad su mortalidad materna. En otras regiones como Asia y el norte de África, los progresos han sido aún mayores. Entre 1990 y 2015 la razón de mortalidad materna (RMM) mundial (es decir el número de muertes maternas por 100,000 nacidos vivos) solo se redujo en un 2,3% al año, sin embargo a partir del 2000 se observó una aceleración de esa reducción. En algunos países las reducciones anuales de la mortalidad materna entre 2000 y 2010 superaron el 5,5%.

Diez países aplican alrededor del 60% de las defunciones maternas de todo el mundo: India, Nigeria, República Democrática del Congo, Etiopía, Indonesia, Pakistán, República Unida de Tanzania, Kenia, China y Uganda. “La Hemorragia grave especialmente durante y después del parto representa el 27% y es la segunda causa de muerte materna a nivel mundial, siendo superada únicamente por el agravio de condiciones preexistentes (Diabetes Mellitus, preeclampsia, Hipertensión Arterial)”. (OMS, organismos de las naciones unidas informan del firme avance en los esfuerzos por salvar vidas maternas, comunicado de prensa 2014).

Durante la asamblea general de las Naciones Unidas de 2015 celebrada en Nueva York se presentó la estrategia mundial para la salud de la mujer el niño y el adolescente 2016-2030, tiene como meta acabar con todas las muertes evitables de mujeres niños y adolescentes, además de crear un entorno en el que estos grupos de población no solo sobrevivan, sino que además se desarrollen y vean transformarse sus entornos, su salud y su bienestar (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2015).

Antecedentes a nivel de Latinoamérica

Una de cada cinco mujeres embarazadas que fallece en la región muere como consecuencia de Hemorragias durante o inmediatamente después del parto. Cada día fallecen alrededor de 16 mujeres por causas relacionadas con el embarazo o el parto, la mayoría de las cuales se pueden evitar.

La Hemorragia es una de sus principales causas, se estima que el 8,2% de las mujeres que dan a luz en América latina sufrirán una Hemorragia Postparto grave que requerirá transfusión. (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2015).

En Ecuador un estudio realizado por Jesús Bonifaz durante el período de enero a Junio 2010 sobre Hemorragia Postparto los resultados encontrados fueron los siguientes: 48% son casadas, el 68% nivel socioeconómico bajo, el 36% con instrucción primaria y el 32% entre las edades comprendidas de 24 a 29 años.

La anemia con el 27% como mayor factor de riesgo, como causas de Hemorragia el 70% al alumbramiento incompleto, 42% al desgarro vaginal; según el tipo de tratamiento la Oxitocina fue el más usado con 45%.

En El Salvador un estudio realizado durante los meses de junio a diciembre del año 2011 donde se investigó Hemorragia Postparto por Atonía Uterina, realizado por Bustillo, se consideró la presencia de factores de riesgo asociadas al manejo y complicaciones, durante el periodo de estudio ocurrieron 56 casos de HPP por atonía grado I, trauma del canal del parto, retención de tejido o Trastornos de la Coagulación con una frecuencia de 0.5% de casos.

Las causas de Hemorragia fueron 22 casos por trauma del canal del parto que representa el 39%, de estos, 17 fueron nacimientos por vía cesárea; ocurrieron 19 por retención de tejido. Las complicaciones fueron Coagulopatías, falla renal, Sepsis y Síndrome Anémico. Los factores de riesgo fueron 23% por enfermedad hipertensiva, en el 7% se aumentó la labor del parto con fármacos, la mayoría 54% no tuvieron factores asociados. En conclusión la causa más frecuente encontrada en la población de estudio fue el trauma del canal del parto, en su mayoría, en nacimientos por vía abdominal 77%. No se encontraron factores de riesgo relacionados a HPP en 55% de las pacientes. (Bustillo, 2011).

En el año 2013 Laurenti realizó un estudio sobre la mortalidad materna en Brasil debida a Hemorragia, encontrando 22,282 muertes de mujeres embarazadas de edad entre 10 y 49 años, debido a complicaciones del embarazo, parto o periodo postparto.

De este total 14,2% estuvieron asociadas con Hemorragia, también fue notado que la atonía uterina y el desprendimiento de placenta fueron dos causas principales de muertes maternas debidas a este problema de salud, siendo responsables del 41% y 30% del total respectivamente. (Laurenti, 2013).

En Guatemala un estudio realizado en el año 2014 con el objetivo de determinar la incidencia de Hemorragia Postparto por Atonía uterina llevado a cabo por Jorge Benigno Palomo; se determinó que el 35,83% tenían edades comprendidas entre 15 y 19 años seguidas del 34,32% con edades de 20 a 24 años.

El 40% eran tercíparas o más y el 33% nulíparas. El 78% tenían embarazo a término y parto eutócico en el 68%. El 77% llevaron atención prenatal. Los principales factores de riesgo intraparto fueron la oxito-conducción en 52% y parto precipitado con un 14.93%. (Palomo, 2014).

Antecedentes a nivel nacional

En el periodo 2000 a 2009 se registraron 1,141 muertes maternas, de estas 996 están vinculadas al embarazo, parto y puerperio, 53% de las muertes ocurrieron a nivel institucional (Hospitales, Centros, Puestos de Salud y Centros alternativos), 40% en Domicilio y 8% tuvieron como lugar de ocurrencia la vía pública y otros.

Las principales causas de muerte obstétricas directas en el periodo fueron: 395 Hemorragias (Retención Placentaria, Atonía Uterina, Placenta Previa, Ruptura Uterina), 195 Síndrome Hipertensivo Gestacional (Preeclampsia/Eclampsia), 86 Sepsis Puerperal, 39 Abortos, (completo, espontaneo, inducido, séptico, terapéutico). (Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2009).

En el Hospital Bertha Calderón Roque se realizó estudio en el año 2011 por Arauz Téllez sobre el manejo de la Hemorragia Postparto por Atonía Uterina en 126 pacientes, encontrando que en el 98% de los casos se cumplió con el protocolo, las principales complicaciones por HPP fueron la Anemia Severa, (47%), Coagulopatías (20%) y la Insuficiencia Renal Aguda (7%). La histerectomía fue el procedimiento quirúrgico más realizado (6%) seguido de la ligadura de la arteria hipogástrica (3%) (Arauz, 2011).

Cumplimiento del Protocolo de Hemorragia Postparto, en Pacientes Atendidas en el Hospital José Nieborowski, Boaco, en el Periodo de Enero 2016 a Enero 2017.

En el año 2013 Toledo realizó un estudio para evaluar la aplicación del protocolo de Hemorragia Postparto en el Hospital Asunción de Juigalpa y fue investigada en 23 pacientes en las cuales 74% se cumplió con el MATEP y el promedio global de cumplimiento fue de 69,6%. (Toledo, 2013).

Otro estudio que propiamente investigo el cumplimiento de las normas establecidas por el MINSA fue realizado en el año 2013 por Largaespada en el Hospital Regional Santiago de Jinotepe y se analizaron un total de 25 expedientes de los cuales solamente el 84% cumplía con el manejo adecuado de la Hemorragia Postparto. (Largaespada, 2013)

En el Hospital José Nieborowski de Boaco se realizó un estudio que evaluó el cumplimiento del protocolo de Hemorragia Postparto en el año 2013 con un total de 50 pacientes que sufrieron HPP lo que represento el 2% del total de partos atendidos para ese año, el grupo atareo más frecuente fue de 20 a 35 años con un 58%, en el 100% se buscó factores de riesgo y se encontraron en el 52%, el MATEP se cumplió en su totalidad en el 86% de las pacientes.

Respecto a la atonía uterina correspondió al 64% de pacientes, de las cuales, solo en el 25% se cumplió el protocolo de manejo, los desgarros vulvo-perineales vaginal o cervical se correspondieron al 18% y solo en el 14% se cumplió el protocolo; del 16% que presento retención parcial de placenta y anexos hubo cumplimiento en el 6% de las pacientes, en el caso de la inversión uterina se correspondió al 2% y no se cumplió con el manejo, los criterios de egresos se cumplieron en el 60%. Se llegó a dar cumplimiento del manejo según causas de manera global en el 70% de las pacientes atendidas. (Sovalbarro & Ulloa, 2013).

VI. JUSTIFICACIÓN

Desde hace más de 10 años en Nicaragua, el Ministerio de Salud ha venido elaborando normas y protocolos para la atención de las complicaciones obstétricas, donde se especifica factores de riesgo, etiología, clínica, métodos diagnósticos auxiliares, tratamiento, manejo, procedimientos y complicaciones de las HPP, puesto que ha representado por muchos años la principal causa de morbilidad materna, esto ha contribuido a disminuir paulatinamente la tasa de mortalidad materna asociadas a este problema, sin embargo continua siendo la principal causa de morbilidad materna. (Ministerio de salud, 2013).

Pese a una reducción significativa del número de muertes maternas (de una cifra estimada de 523,000 en 1990 a 289,000 en el 2013), el ritmo de esa disminución es de poco más de la mitad de la necesaria para alcanzar la meta de los ODM de reducir en $\frac{3}{4}$ partes la RMM entre 1990 y 2015 (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2015)

Boaco se registra entre los Departamentos con menor incidencia de Hemorragia Postparto, la concordancia de la población de embarazadas, partos al año atendidos en el Departamento y la cantidad reportada por el SILAIS, no es razonable ni se acerca al porcentaje establecido por la OMS, la cual refiere que “11% de las mujeres que tienen un parto de un nacido vivo presentaran HPP.

Sin embargo a pesar de ser poca la población de embarazadas que se atienden con respecto al porcentaje establecido por la OMS, no se puede perder de vista este número considerable de pacientes, ya que un mejor manejo, con el objetivo de disminuir la incidencia de HPP se vuelve muy importante porque motivará a que se mantenga una vigilancia periódica y continua en aquellas pacientes que presenten factores de riesgo y con ello seguir disminuyendo el número de casos, por consiguiente la estancia Hospitalaria será menor y los gastos institucionales disminuirán de forma sustancial.

Cumplimiento del Protocolo de Hemorragia Postparto, en Pacientes Atendidas en el Hospital José Nieborowski, Boaco, en el Periodo de Enero 2016 a Enero 2017.

Además contribuirá de forma significativa al bienestar materno infantil reflejado en la implementación de la lactancia materna exclusiva en los primeros 6 meses, garantizando así el crecimiento de niños sin desnutrición y madres con disminución del riesgo para sufrir cáncer de mama; por lo tanto esto traerá satisfacción al personal de salud, los datos estadísticos influirán de forma positiva a nivel institucional y Departamental. Plenamente conscientes que un buen control prenatal para la identificación de factores de riesgos, la practica rigurosa del MATEP y el buen cumplimiento del protocolo para la atención de Hemorragias Postparto reduce en un 50% esta causante de morbilidad materna.

El estudio que se llevó a cabo determinó el grado de cumplimiento del Protocolo de la Hemorragia Postparto establecidas en la normativa 109 del MINSA, Protocolo Para la Atención de las Complicaciones Obstétricas emitida en el 2013 vigente hasta la fecha, para identificar donde se encuentra mayor debilidad a la hora de ponerlo en práctica, lo cual dará pautas a mejoras en el manejo de dicha patología.

El Hospital José Nieborowski es de referencia Departamental y/o Regional, por ende los resultados son de gran importancia para la estadística a nivel de SILAIS y Nacional, a su vez tendrá impacto positivo en las pacientes, asociado a bienestar materno infantil, en el desempeño profesional y en la labor docente, ya que permitirá contar con información actualizada que sirva para tomar medidas que implementen un mejor manejo, además como base para posteriores estudios en años venideros.

VII. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En Nicaragua, la Razón de Mortalidad Materna (RMM) se ha reducido significativamente de 150 muertes maternas por cada 100,000 nacidos vivos en el año 1990, a 50.6 muertes en el año 2012; sin embargo continúa en primer lugar como causa de morbi-mortalidad materna en nuestro país (Ministerio de Salud 2011).

Boaco, a pesar de atender una población de embarazadas que no se acerca al porcentaje establecido por la OMS, no deja de ser importante el número de casos por Hemorragia Postparto que se atienden y esto repercute de forma significativa en el bienestar materno infantil, además es influyente en los datos estadísticos a nivel local y Nacional por lo que resulta necesario realizar estudios basados en valorar el manejo HPP guiado por la normativa 109 implementada por el Minsa, Protocolo para la Atención de las Complicaciones Obstétricas, por lo que se plantea la siguiente interrogante:

¿Cuál es el cumplimiento del Protocolo de Hemorragia Postparto, en pacientes atendidas en el Hospital José Nieborowski, Boaco, en el Período de enero 2016 a enero 2017?

Dicha interrogante se guía con las siguientes preguntas directrices:

- ¿Cuáles son las características sociodemográficas de la población a estudio?
- ¿Cuál es el cumplimiento en el abordaje diagnóstico de la Hemorragia Postparto?
- ¿Cuál es el cumplimiento del manejo médico según lo establecido por el protocolo de Hemorragia Postparto?

VIII. OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL.

- Determinar el cumplimiento del protocolo de Hemorragia Postparto, en pacientes atendidas en el Hospital José Nieborowski, Boaco, en el Periodo de enero 2016 a enero 2017.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

- Describir las características sociodemográficas de la población a estudio.
- Verificar el cumplimiento en el abordaje diagnóstico de la Hemorragia Postparto.
- Identificar el cumplimiento del manejo médico según lo establecido por el protocolo de Hemorragia Postparto.

IX. MARCO TEORICO

Hemorragia Postparto es caracterizada como el sangrado del tracto genital de 500ml o más en las primeras 24 horas en un parto vía vaginal o 1000 ml en un parto post cesárea. También se considera que cualquier pérdida hemática que cause alteración hemodinámica de la paciente debe ser considerada como HPP. Por otro lado el colegio Americano de Obstetricia y Ginecología asume como la disminución del hematocrito por lo menos del 10% o una Hemorragia que requiera transfusión sanguínea.

Si el sangrado ocurre en las primeras 24 horas se considera como Hemorragia precoz y tardía cuando esta se presenta después de las 24 horas y hasta seis semanas después de parto; ambas tienen alto riesgo de morbilidad y mortalidad materna. Es por ello que se debe actuar inmediatamente ya que muchas veces la pérdida de sangre se subestima en un 30% a 50% por lo que el diagnostico se dificulta.

Las patologías asociadas a la HPP guardan relación directa con los trastornos de la contractilidad uterina, restos de tejido, lesiones uterinas y del canal del parto provocado por el nacimiento o procedimientos quirúrgicos y lo secundario a iatrogenia. Entre las principales causas podemos señalar la Hipotonía, Atonía Uterina, Retención Placentaria, Rotura Uterina, Desgarros Cervicales, Perineales y la Inversión Uterina.

El tratamiento con Oxitocina y el masaje uterino externo son las principales acciones orientadas para el control de la HPP. Si el manejo falla el personal médico debe estar preparado para realizar un procedimiento quirúrgico de inmediato si se considera necesario y ser capaces de realizar masaje uterino externo, extracción manual de placenta, sutura del canal del parto, practica del legrado uterino, ligadura de la arteria uterina y útero-ovárica, histerectomía subtotal y total abdominal, sobre todo en los casos de Atonía, Rotura Uterina, Placenta Acreta o presencia de miomas uterinos (Ministerio de Salud, 2013).

Existen elementos esenciales en el manejo de la HPP para prevenir complicaciones tales como: identificar el origen del sangrado y así brindar la terapia medica pertinente, estabilizar a la paciente en caso de que presente alteraciones hemodinámicas a fin de prevenir o tratar el shock, controlar el sangrado del canal del parto si es el origen, estimular las contracciones uterinas y la remoción de la placenta o restos placentarios (Ministerio de Salud, 2013).

Definiciones básicas

Tenemos que considerar algunas definiciones.

- **Parto normal:** Es el de inicio espontáneo entre la semana 37 y 42 de la gestación, en presentación cefálica y de bajo riesgo al inicio del primer periodo, y que continúa así durante el segundo período y el alumbramiento. También se denomina así a la expulsión de un feto con un peso mayor de 2500 gramos.
- **Primer período:** Los signos de inicio de trabajo de parto son: contracciones dolorosas con cierta regularidad, borramiento o dilatación del cuello, pérdida de líquido amniótico y fluido hemático.
- **Segundo período:** Los signos de inicio del segundo período del parto son: sensación de urgencia, rotura (a menudo espontánea) de las membranas y dilatación completa. Finaliza con la expulsión del feto.
- **Tercer período:** Alumbramiento: expulsión de la placenta y membranas.
- **Hemorragia Postparto:** Es la pérdida de sangre que sobrepasa los 500ml, normalmente durante el curso del alumbramiento se produce una pérdida promedio de 300ml de sangre. Esta cifra que siempre es estimada se considera como punto de alerta a partir del cual aumenta el riesgo materno del shock.
- **La Atonía Uterina:** Es la pérdida de tono de la musculatura del útero que conlleva a la ausencia de contracción del mismo y un consecuente retraso en su involución después del parto.
- **Masaje Uterino:** Es una acción que se realiza después de la expulsión de la placenta en la cual se coloca una mano en la parte superior del útero para frotar o amasar hasta que este firme. A veces, la sangre y los coágulos son expulsados durante el masaje uterino.

- **Uterotónicos:** Son sustancias que estimulan las contracciones uterinas o aumentan el tono.
- **Lesiones del Canal del Parto:** Constituyen la segunda causa de Hemorragia Postparto, suelen estar íntimamente relacionadas con partos instrumentales que lesionan el canal blando del parto aunque también pueden aparecer en partos espontáneos muy rápidos o por Macrosomía Fetal, que puede ser:
 - **Lesiones del cérvix:** Laceraciones y Hemorragias tras la expulsión fetal, persistente aún con buena contracción uterina.
 - **Lesión vaginal:** Las del ligamento ancho precisan laparotomía.
 - **Lesiones de Vulva:** Peligro en los hematomas que no se diagnostican y producen gran hipovolemia silente en el periodo postparto.
- **Retención Placentaria:** Falta de la expulsión placentaria y sus anexos que pueden ser totales o parciales. Aparece más en Placenta acreta (apoyada sobre el miométrio), Succenturiata (cotiledón retenido).
- **Placenta acreta:** Casi todas las vellosidades coriónicas penetran a través de la decidua (invaden miométrio).
- **Placenta increta:** Penetración a través de miométrio.
- **Placenta percreta:** Puede incluir todos los cotiledones (placenta percreta total), algunos cotiledones (placenta percreta parcial), un solo cotiledón (placenta percreta focal).
- **Cotiledón retenido:** Retención de una parte de la placenta (unidad funcional). Con cierta frecuencia no es toda la placenta la que se retiene sino uno o varios cotiledones. En la mayoría de los casos esto obedece a la realización de maniobras intempestivas durante el alumbramiento, tales como tironeamiento del cordón umbilical.
- **Inversión Uterina:** Se define como el prolapso del fondo uterino a través del cérvix, y se deben en general a una excesiva tracción del cordón umbilical antes del alumbramiento completo.
- **Factor:** En un nivel general un factor es un elemento o una concausa, cosa que junto con otra es la causa de un efecto.

- **Factor de riesgo:** Un factor de riesgo es toda circunstancia o situación que aumenta las probabilidades de una persona de contraer una enfermedad o cualquier otro problema de salud. Los factores de riesgo implican que las personas afectadas por dicho factor tienen más probabilidad de enfermar que las personas sin ese factor.

Epidemiología

La mortalidad materna es inaceptablemente alta. Cada día mueren en todo el mundo unas 830 mujeres por complicaciones relacionadas con el embarazo o el parto. En el 2015 se estimaron unas 303,000 muertes de mujeres durante el embarazo y el parto o después de ellos. Prácticamente todas estas muertes se producen en países de ingresos bajos y la mayoría de ellas pudieron haberse evitado. Una de las metas del Objetivo de Desarrollo sostenible consiste en reducir la RMM mundial a menos de 70 por 100,000 nacidos vivos y lograr que ningún país tenga una mortalidad materna que supere el doble de la media mundial.

Para reducir el número de muertes maternas, las mujeres necesitan tener acceso a una atención de la salud reproductiva de buena calidad y a intervenciones eficaces. En 2012, el 64% de las mujeres de 15-49 años que estaban casadas o en unión consensual utilizaban algún método anticonceptivo, mientras que el 12% quería detener o posponer la maternidad, pero no estaban utilizando anticonceptivos (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2015).

La proporción de mujeres que reciben atención prenatal por lo menos una vez durante el embarazo fue de alrededor del 83% en 2006-2014, pero para el mínimo recomendado de cuatro o más visitas, la cifra correspondiente se reduce a alrededor del 64%. La proporción de partos atendidos por personal calificado, crucial para reducir la mortalidad perinatal, neonatal y materna, es superior al 90% en tres de las seis regiones de la OMS. Sin embargo, es necesario aumentar la cobertura en ciertas regiones, como la Región de África de la OMS, donde la cifra sigue siendo inferior al 51%.

La casi totalidad 99% de las muertes maternas corresponden a los países en desarrollo: más de la mitad al África subsahariana y casi un tercio a Asia meridional. La gran mayoría de estas muertes se produce en entornos frágiles y contextos de crisis humanitarias.

La razón de mortalidad ratio en los países en desarrollo en 2015 es de 239 por 100,000 nacidos vivos, mientras que en los países desarrollados es de tan solo 12 por 100,000. Hay grandes disparidades entre países, pero tan bien en un mismo país y entre mujeres con ingresos altos y bajos y entre la población rural y urbana. (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2015).

Las principales complicaciones causantes del 75% de las muertes maternas son: las Hemorragias graves (en su mayoría tras el parto), las infecciones (generalmente tras el parto), la Hipertensión Gestacional (Preeclampsia- Eclampsia), complicaciones en el parto, los abortos peligrosos. La falta de |contracción del músculo uterino o el tono pueden causar una Hemorragia aguda. Clínicamente, entre 75% a 80% o de los casos de HPP se deben a Atonía Uterina (Ministerio de Salud, 2013).

Fisiopatología

El miometrio es el componente muscular del útero y está compuesto por fibras oblicuas que rodean a los vasos sanguíneos. Durante el alumbramiento, estas fibras se contraen y se retraen; de forma progresiva se engrosa y el volumen intrauterino disminuye. La placenta no tiene la propiedad de contraerse y comienza a separarse a medida que la superficie del útero disminuye. Conforme se va separando, el útero se hace firme y globuloso llegando al abdomen y a veces atraviesa la línea media abdominal.

Al final de un embarazo a término 500 a 800ml de sangre fluyen a través del torrente sanguíneo al sitio placentario cada minuto. A medida que la placenta se separa del útero estos vasos se rompen y ocurre el sangrado. Las contracciones continuas y coordinadas del miométrio comprimen los vasos locales para controlar el sangrado en el lecho placentario y permiten la formación de un coagulo retro placentario. Cuando el útero falla en contraerse coordinadamente se dice que existe Atonía Uterina, los vasos sanguíneos en el sitio placentario no se contraen produciéndose la Hemorragia.

La cuantificación de las pérdidas sanguíneas es notoriamente subestimada, a menudo la mitad de la pérdida real. La sangre se presenta mezclada con el líquido amniótico y con la orina. Se dispersa en esponjas, toallas y artículos de tela en los baldes y el piso. El sangrado puede producirse a un ritmo lento durante varias horas y puede que la afección no se detecte hasta que la mujer entre repentinamente al shock.

Se sugiere que cualquier pérdida sanguínea que tenga el potencial de producir inestabilidad hemodinámica, puede considerarse una HPP. Su repercusión está determinada por las condiciones físicas de las parturientas, una mujer con nivel de hemoglobina normal es capaz de tolerar una pérdida de sangre que probablemente puede ser mortal para una mujer con anemia considerable. Las consecuencias de una Hemorragia inmediata posterior al nacimiento pueden ser Anemia aguda, Shock Hipovolémico y muerte materna. (Botero, 2004).

Causa etiológica

Existen múltiples causas de Hemorragias las cuales pueden presentarse posterior al nacimiento en dos momentos: antes de la expulsión de la placenta y después de la expulsión de la placenta. La Hemorragia antes de la expulsión de la placenta pueden ser por Distocias dinámicas: inercia y anillos de contracción y Distocias anatómicas: adherencias anormales de la placenta (placenta acreta) y lesiones de partes blandas. Después de la expulsión de la placenta la Hemorragia se puede producir por inercia o atonía del post-alumbramiento, defectos de la coagulación y retención de restos placentarios (Schwartz, 2009).

También pueden ser agrupadas en alteraciones del tono uterino: Hipotonía y Atonía Uterina, que se puede presentar cuando existe sobredistensión, agotamiento de la musculatura del útero, infección, Corioamnionitis, anomalía uterina y el uso de fármacos útero-relajantes. Así mismo un 20% están relacionadas con trauma en el momento del parto como: Laceraciones Cervicovaginales, prolongación de la histerectomía o la cesárea, Ruptura e Inversión Uterina.

La retención de restos postparto es otra condición que predispone a Hemorragia estos pueden ser restos placentarios, de membranas y alumbramiento incompleto. Por otra parte las alteraciones de la Coagulación que pueden ser preexistentes o adquiridas durante la gestación ocasionan Hemorragias postparto. (Ministerio de Salud, 2003).

Clasificación

La HPP puede ser primaria o secundaria.

- **Primaria:** Pérdida hemática superior a 500 ml originada en el canal del parto dentro de las 24 horas posteriores al parto.
- **Secundaria:** Sangrado anormal o excesivo originado en el canal del parto que tiene lugar entre las 24 horas posteriores al parto y al final del puerperio (12 semanas).

De acuerdo al tiempo en que se presenta puede ser:

- **Hemorragia Postparto Inmediato:** Ocurre hasta las primeras 24 horas posteriores al nacimiento.
- **Hemorragia Postparto Tardía (o del puerperio propiamente dicho):** Se produce después de las 24 horas, hasta los 10 primeros días de ocurrido el nacimiento.
- **Hemorragia del Puerperio Alejado:** Se produce después de los primeros 10 días, hasta los 45 días posteriores al nacimiento.
- **Hemorragia del Puerperio Tardío:** Es la que se produce después de los 45 días, hasta los 60 días posteriores al nacimiento.
- **Factores de riesgo**

Los factores de riesgo para Hemorragia Postparto están presentes en todos los embarazos y esto puede ser durante la atención prenatal, durante el período cercano al parto y durante el trabajo de parto. Aunque en dos tercios de los casos de HPP no se encuentre ningún factor de riesgo, debe de tenerse en cuenta en el manejo del parto.

Las causas de HPP según el defecto detectado pueden agruparse en cuatro categorías con la regla nemotécnica de las cuatro “T”: Tono (atonía uterina), Tejido: (retención de productos de la concepción), Traumas: (lesiones del tracto vaginal) y Trombina: (en relación con las alteraciones de la coagulación).

Cada una de estas causas de HPP se asocia a determinados factores de riesgo que deben ser identificados cuando sea posible. Para que se presenten alteraciones del tono uterino existen condiciones que predisponen a dicha patología tales como: Polihidramnios, Malformaciones Fetales, Hidrocefalia, Parto Prolongado o Precipitado, Multiparidad, Rotura prematura de membranas prolongada, Fiebre, Miomas Uterinos, Placenta Previa, uso de beta-miméticos como Nifedipina, Sulfato de Magnesio y Anestésicos.

El trauma del musculo uterino es una situación clínica que se presenta en el momento del parto condicionado por múltiples factores de riesgo tales como: parto instrumentado, parto precipitado, episiotomía, malposición fetal, manipulación intrauterina fetal, presentación en plano de Hodge avanzado, cirugía uterina previa, parto obstruido, placenta fúndica, tracción excesiva del cordón, paridad elevada entre otros, conllevando esto a Hemorragia Postparto.

Así mismo alteraciones del tejido uteroplacentario y trastornos de la Coagulación predisponen a Hemorragia Postparto entre ellas podemos mencionar: cirugía uterina previa, anomalías placentarias (Placenta Succenturiata, Cotiledón en Islote); Hemofilia, Hipofibrinogenemia, antecedentes familiares de Coagulopatias, Purpura Trobocitopénica Idiopática, Síndrome de Hellp y Embolia del Líquido Amniótico (Ministerio de Salud, 2013).

Diagnóstico

Las manifestaciones clínicas estarán orientadas de acuerdo a la causa que origine la Hemorragia, por lo tanto la Atonía Uterina es la que representa el 70% en las anomalías de la contractilidad, la hemorragia es inmediata después del parto, asociado a útero blando y no retraído, además encontraremos manifestaciones sistémicas como taquicardia e hipotensión.

Los desgarros del cuello uterino, vagina o periné están asociados al 20% como causa de hemorragia la cual será inmediata posterior al parto, por lo tanto la placenta esta íntegra con útero contraído. Por otro lado la inversión uterina ocupa también el 20% como causas de hemorragia, entre las manifestaciones clínicas relevantes encontraremos fondo uterino no palpable, dolor abdominal intenso, fondo uterino visible en la vulva por lo tanto el sangrado es inmediato.

En la ruptura uterina el dolor abdominal es severo, con tendencia a disminuir después del trauma, la Hemorragia Postparto es inmediata, el sangrado es intra-abdominal y vaginal que puede llevar al shock, la placenta no se expulsa y la taquicardia como mecanismo compensador siempre está presente.

La retención placentaria así como la retención de restos placentarios son dos condiciones clínicas que ocupan el 10% como causa HPP, en el primer caso no se expulsa la placenta dentro de los 15 minutos después del parto con manejo activo y/o 30 minutos con el alumbramiento espontáneo, el útero está contraído, el sangrado es variable (leve o profusa). En la retención de restos falta una porción de la superficie materna de la placenta o hay desgarros de membranas, el sangrado es leve que continúa luego de 12 horas después del parto, útero más blando y más grande que lo previsto según el tiempo transcurrido desde el parto.

Así mismo las alteraciones de la coagulación predisponen a HPP, el hallazgo clínico más relevante es que el sangrado no cede con medidas básicas, no se forman coágulos sanguíneos y los paraclínicos están alterados: fibrinógeno menor de 100mg/dl, plaquetas disminuidas, TP Y TPT prolongados. (Ministerio de Salud, 2013).

Por tanto el diagnóstico depende de la etiología y del momento que se da la Hemorragia Postparto, generalmente la Atonía y la consecuente Hemorragia aparecen tras la expulsión de la placenta, pero en ocasiones lo hace más tardíamente; en estos casos suele ser secundaria a retención de restos placentarios.

El diagnóstico se logra realizar mediante el examen minucioso de la placenta que debe ser efectuado de rutina inmediatamente después del alumbramiento, confirmándose al realizar un tacto intrauterino, de comprobarse la secuencia de cotiledones o restos de membranas.

Pero también puede tratarse de Atonía primaria, clínicamente el útero desocupado se observa de un tamaño mayor a lo normal palpando el fondo uterino por encima de la cicatriz umbilical, la consistencia es muy blanda y no se ha formado el globo de seguridad de Pinard. Al realizar masaje uterino se ve que se contrae disminuyendo de tamaño y aumenta la consistencia, que en ausencia de estimulación vuelve a su estado anterior. Se confirma el diagnóstico al comprobar la presencia de desgarros del canal del parto, trastornos de la coagulación y retención de placenta. (Ministerio de Salud, 2013)

Estudios Auxiliares diagnósticos.

Los exámenes de laboratorio son pilares fundamentales para el abordaje de Hemorragia Postparto ya que orientan la etiología y la terapia que debemos emplear en las diferentes condiciones clínicas, con ello podemos detectar el hematocrito del paciente, grupo sanguíneo, alteraciones de la coagulación, falla renal y desordenes metabólicos, permitiendo esto lograr actuar de forma oportuna y con el tratamiento adecuado en los diferentes estados mórbidos que puede presentar la paciente; por lo tanto es indispensable realizar los estudios siguientes:

- **Biometría hemática completa:** Es uno de los estudios de rutina de mayor importancia, ya que la información que de aquí se deriva nos proporciona una idea muy confiable del estado general de la salud de la paciente.
- **Tipo y RH:** Es fundamental porque permite elegir el tipo de sangre compatible en caso de emergencia que amerite realizar transfusión.

- **Tiempo de sangría:** Es una prueba que sirve para evaluar la integridad de los vasos sanguíneos, plaquetas y la formación de un coagulo, sin embargo posee baja especificidad y sensibilidad.
- **Tiempo de coagulación:** Es un examen que mide el tiempo que tarda la porción líquida de la sangre en coagularse, la razón por la que se envía es para encontrar la causa del sangrado o hematomas anormales.
- **Tiempo parcial de tromboplastina:** Se utiliza para evaluar la capacidad de la sangre de una persona para formar coágulos.
- **Tiempo de protrombina:** La prueba se utiliza para evaluar la actividad de cinco factores de la coagulación diferentes (I, II, V, VII, y X).
- **Recuento de plaquetas:** El estudio mide la cantidad de plaquetas que el paciente tiene en sangre, se realiza para buscar la causa de demasiado sangrado o coagulación.
- **Glucemia:** Mide la cantidad de azúcar llamado glucosa en una muestra de sangre, se indica para monitorear a los pacientes.
- **Urea:** Mide la cantidad de urea presente en sangre, urea es el resultado final del metabolismo de las proteínas. En general es un parámetro que indica la función renal, aunque puede estar alterado en enfermedades del hígado y la deshidratación.
- **Creatinina:** Es un análisis que mide el nivel de creatinina en sangre, se hace para ver qué tan bien están funcionando los riñones, si la función renal es anormal los niveles de creatinina en sangre aumentarán.
- **Fibrinógeno:** Es una proteína producida por el hígado que ayuda a detener el sangrado al favorecer la formación de coágulos de sangre, se indica para determinar si el paciente tiene problemas de coagulación como en un sangrado excesivo.

Tratamiento, manejo y procedimientos.

Primer nivel de atención

Durante la atención prenatal

- Identificar el riesgo durante la atención prenatal de Hemorragia Postparto y planificar el parto en un centro de mayor resolución.
- Garantizar consejería a la embarazada y/o familiares/acompañantes para identificar señales de peligro y hacer énfasis en las acciones establecidas por el Plan de Parto.
- Uso de antianémicos profilácticos y el tratamiento de la anemia en el embarazo:
 - ✓ Ingesta de 60 mg de hierro elemental diario durante todo el embarazo.
 - ✓ Ingesta de 120 mg de hierro elemental diario durante todo el embarazo si la hemoglobina es menor de 11 mg/dl.
- Albendazol 400 mg dosis única a las 26 y 38 semanas de gestación.
- Garantizar durante la atención prenatal la aplicación de toxoide tetánico.

Durante el parto:

Prevención de la Hemorragia Postparto:

Todas las mujeres independientemente del lugar de la atención ya sea en el domicilio o en una unidad de salud del primer o segundo nivel de atención y que presente o no condiciones que propicien la Hemorragia Postparto deben recibir atención que incluya manejo activo del tercer período del parto (MATEP).

- Administrar 10 UI, IM de Oxitocina o 0,2 mg de Ergometrina IM (si no está disponible la Oxitocina y no se trata de paciente hipertensa); inmediatamente al nacimiento del bebé, habiendo descartado la presencia de otro bebé y antes del nacimiento de la placenta, se haya usado o no previamente Oxitocina para inductoconducción.
- Pinzamiento del cordón umbilical hasta que deje de pulsar (aproximadamente 3 minutos).
- Tensión controlada del cordón umbilical (aproveche la contracción uterina) con contra tracción (rechazando fondo uterino para evitar inversión uterina).
- Realización de masaje uterino inmediato al alumbramiento placentario y cada 15 minutos durante las primeras 2 horas.

Durante la hemorragia postparto

Primer nivel de atención

- Pedir ayuda para dar una atención de equipo.
- Canalizar 2 vías con bránula No. 14 o 16.
- Colocar Sonda Foley, (una vejiga llena puede ser por sí sola causa de una atonía uterina).
- Administrar líquidos IV a base de cristaloides (Solución Salina 0.9% o Lactato de Ringer) 1000 a 2000 ml a goteo rápido para reponer la volemia perdida.
- Trasladar a la paciente a un centro asistencial de mayor resolución, según normativa 068.
- identificar las causas de la Hemorragia Postparto.

Segundo nivel de atención

Además de lo realizado en el en el primer nivel continuar con:

- Mantener a la paciente normotérmica con las medidas disponibles.
- Aplicar oxígeno por máscara a razón de 6 a 10 litros por minuto o catéter nasal a razón de 5 Litros por minuto (mantener saturación de oxígeno por arriba del 90%).
- Posición de Trendelenburg (Elevación de los miembros inferiores a 30 grados).Continuar la infusión rápida de soluciones cristaloides (Solución Salina Fisiológica al 0.9% o de Ringer con Lactato), o Soluciones Coloides. (Dextran), con volumen máximo de 1.5 Litros. Recordar que la prioridad es la restauración de la normo volemia.
- Si hay signos de hipoxia e hipoperfusión grave a pesar de la reposición de la volemia, transfundir rápidamente 2 Unidades de Paquete Globular de grupo O Rh (D) negativo, sin pruebas cruzadas.
- A falta de Paquete Globular grupo O Rh negativo, transfundir O Rh positivo, también sin pruebas cruzadas. Si se ha logrado completar la tipificación ABO y Rh (que tarda de 5 a 15 minutos) transfundir de acuerdo a los resultados de prueba cruzada.
- Si persiste la Hemorragia masiva, además de aumentar la transfusión de Paquete Globular, hay que transfundir 4 Unidades de plasma fresco congelado (PFC).

- En casos de signos de sangrado por trombocitopenia (por dilución o consumo), transfundir concentrados de plaquetas a razón de 1Unidad/10Kg de peso corporal.
- Realizar pruebas de BHC, plaquetas, TP, TPT y fibrinógeno para tomar decisiones de seguimiento.
- Por cada 6 uds de paquete globular transfundir 4 unidades de Plasma fresco congelado cuando el TP y TPT es mayor a 1.5 de lo normal (12-15 ml/kg o total 1 litro).
- Cuando las plaquetas están por debajo de 50,000/dl transfundir Concentrado de plaquetas; una unidad plaquetaria por cada10 kg de peso corporal.
- Si fibrinógeno es menor 100 mg/dl poner Crioprecipitado a Razón de 1 unidad por cada10 kg de peso corporal. Además realizar pruebas de Coombs.
- Garantizar el gasto urinario a razón de 30-60 ml horario.
- Garantizar la presión arterial media por arriba de 60 mm Hg (2 veces la diastólica más la sistólica entre 3).
- Antibioticoterapia en todos los casos de Hemorragia Postparto:
- Ceftriaxona 1 gr IV cada12 horas más Metronidazol 500mg IV/8horas o Clindamicina 900mg IV/8horas.

El propósito del manejo en la pérdida masiva de sangre es:

- Mantener la hemoglobina mayor de 8gr/dl.
- Plaquetas mayores de 75,000.
- TP Y TPT menor de 1.5 del control.
- Fibrinógeno mayor de 100mg/dl.

Manejo según causas

▪ **Atonía Uterina**

- a) Pasar 1000 ml de solución salina más 20 unidades de Oxitocina IV a 125 ml/hora (40 gotas por minuto o sea 40 miliunidades por minuto). Si el sangrado continua administrar Ergonovina a razón de 0.2 mg IM o IV y repetir en caso necesario a los 15 minutos, después repetir las dosis con intervalos de 4 horas, como máximo 5 dosis (1 mg) en total. Si aún el sangrado continúa agregar Misoprostol en tabletas a dosis de 600 microgramos vía sublingual dosis única.
- b) Masaje uterino continuo.

- c) Monitorear pulso, presión arterial, frecuencia respiratoria y dolor.
- d) Si el sangrado es incontrolable realice compresión bimanual del útero si esto fracasa trasladar a la paciente con taponamiento uterino y realizando compresión de la aorta abdominal. Nunca el taponamiento debe ser vaginal porque lo único que se haría es ocultar la hemorragia.
- **Desgarro vulvo-perineal, vaginal o cervical**
 - a) Sutura de los mismos al ser identificados.
- **Rotura uterina**
 - a) Realizar laparotomía exploradora
 - b) Suturar el útero de ser bien identificados los bordes
 - c) De no ser bien identificados los bordes realizar histerectomía.
- **Inversión uterina**

Reubicar en trauma

 - a) Su restitución debe hacerse de inmediato, bajo sedación o anestesia general y/o regional el cual es un relajante de la musculatura uterina, con el objetivo de practicar la restitución uterina, antes de que se forme el anillo de contracción (Maniobra de Johnson).
 - b) Si no se logra restituir el útero, traslade a la paciente a un hospital para realizar restitución quirúrgica del útero (Maniobra de Huntington o la Maniobra de Haultani).
- **Retención parcial de placenta (alumbramiento incompleto):**
 - Extraer los restos de cotiledón o membrana retenida, auxiliado con una valva de Simms y/o espéculo, una pinza de Foresters, en caso necesario practique un legrado instrumental con cureta de Wallich, de Hunter o Pinard.
- **Retención de placenta:**

(No expulsión de la placenta después de 15 minutos con manejo activo):

 - a) Administre Oxitocina 10 unidades en 1000 ml de Solución Salina al 0.9% o Ringer Lactato a 40 gotas por minuto en infusión intravenosa.
 - b) Estime la cantidad de sangre perdida.

- c) Si han transcurrido 15 minutos y no se expulsa la placenta, provoque contracciones uterinas mediante masaje externo del fondo uterino e incremente la concentración de Oxitocina a 60 gotas por minutos y así lograr la expulsión de la placenta.
- d) Practique tensión controlada del cordón umbilical durante la contracción uterina.
- e) Si la placenta no se expulsa, realizar maniobra de Credé (exprimir manualmente de forma continua y sostenida el fondo del útero para lograr la expulsión de la placenta).
- f) Si la placenta no se expulsa a pesar de haber realizado las maniobras anteriores llevar a la paciente a sala de operaciones y realizar la extracción manual de placenta con personal capacitado.
- g) Si la placenta no se desprende completamente considerar que se trata de un acretismo placentario y realizar histerectomía sub-total o total.

Una vez extraída o expulsada la placenta

- a) Continúe la vigilancia estrecha por 8 horas o más.
- b) Mantenga la infusión de Oxitocina por lo menos 6 horas.
- c) Mantenga el masaje uterino externo y oriente a la paciente para que lo practique a fin de mantener el globo de seguridad de Pinard.
- d) Confirme los valores del hematocrito y hemoglobina y realice transfusión sanguínea si es necesario.
- e) Indique Sulfato o Fumarato Ferroso.
- f) La antibioticoterapia se debe realizar con Ceftriazone 1gr IV cada 12 horas más Metronidazol 500mg IV cada 8 horas o Clindamicina 900mg IV cada 8 horas.
- g) Brindar consejería a la paciente sobre el uso de un método anticonceptivo.

Hemorragia tardía postparto

- Generalmente se da por sepsis puerperal (metritis) caracterizado por sangrado persistente mal oliente y restos placentarios por lo que se deberá manejar como endometritis por restos placentarios.

Trastornos de la coagulación

- a) Tratar la enfermedad subyacente si la hay.
 - b) Uso de Crioprecipitado 1 unidad por cada 10 kg de peso corporal, como medida ideal. Si no se cuenta con Crioprecipitado iniciar transfusión de plasma fresco congelado 1 unidad por cada 10 kg de peso corporal lo que incrementa el fibrinógeno en 10mg/dl por cada unidad.
 - c) Mantener el recuento plaquetario mayor de 50,000 (recordad que 1 unidad plaquetaria aumenta 3% el hematocrito)
 - d) Realizar interconsulta con medicina interna.
- (Ministerio de salud, 2013).

Uso de Medicamentos Oxitócicos

Medicamento	Oxitocina	Ergonovina/ Metilergonovina	Misoprostol
Dosis y vía de administración	IV: Infunda 20 unidades en 1 litro SSN 0.9% de líquidos IV a 60 gotas por minuto IM: 10 a 20 unidades Hemorragia Postparto: 20 a 40 unidades	IM o IV (lentamente): 0.2 mg	400-600 mcg: Vía oral o sublingual o vía rectal
Dosis continua	IV: Infunda 20 unidades en 1 litro de líquidos IV a 40 gotas por minuto	Repita 0.2mg IM después de 15 minutos. Si se requiere, administre 0.2 mg IM o IV (lentamente) cada 4 horas.	Única dosis.
Dosis máxima	No más de 3 litros de líquidos IV que contengan Oxitocina	5 dosis (un total de 1.0 mg)	600 mcg. (Vía oral o sublingual).
Precauciones/contraindicaciones	No administre en bolo IV	Preeclampsia, hipertensión, cardiopatía. No administre en bolo IV.	Asma.

**Procedimiento quirúrgico de la Hemorragia Postparto
(Atonía uterina).**

Procedimiento	Ventajas de la técnica	Desventajas de la técnica	Comentarios
Ligadura de las arterias uterinas uni o bilateral	Conserva la fertilidad Muy aplicable Menor riesgo Más rápida	Poco realizada	Eficacia: 35% (unilateral) 75% (bilateral)
Ligadura de ligamento Útero-ovárico	Conserva la fertilidad Muy aplicable	Poco realizada	Se realiza en forma secuencial a la ligadura de las arterias uterinas en caso de que el sangrado continúe
Ligadura de las arterias hipogástricas	Conserva la fertilidad	Poco realizada Más difícil de realizar. Requiere mayor tiempo Mayor riesgo de complicaciones (ruptura de la vena ilíaca, ligadura del uréter)	Requiere experiencia en el abordaje del retroperitoneo. La ligadura doble debe realizarse a 2.5 cm distal a la bifurcación de la arteria ilíaca

**Procedimiento quirúrgico de la Hemorragia Postparto
(Atonía uterina). Cont.**

Procedimiento	Ventajas de la técnica	Desventajas de la técnica	Comentarios
Sutura B-Lynch	Conserva la fertilidad	Poco difundida	Sutura envolvente continua de las paredes anteriores y posteriores del útero
Histerectomía subtotal	Más rápida Muy conocida	No conserva la fertilidad	Es la opción más segura cuando el cirujano es menos experimentado o cuando han fallado las ligaduras arteriales
Histerectomía total	Muy conocida	No conserva la fertilidad. Más difícil que la anterior	Puede ser la mejor opción para los casos de Acretismo placentario o desgarros altos del cérvix

Complicaciones

La Hemorragia después del parto si no se trata de forma adecuada puede empeorar el pronóstico de la paciente ocasionando las complicaciones siguientes:

- **Anemia:** La hemorragia es la causa más frecuente de anemia. Cuando se pierde sangre el cuerpo absorbe agua rápidamente de los tejidos hacia el torrente sanguíneo con el fin de mantener los vasos llenos. Como resultado, la sangre se diluye y el hematocrito se reduce. Con el tiempo una sobre producción de glóbulos rojos por la medula ósea llega a corregir la anemia. Sin embargo con el paso del tiempo, la hemorragia reduce la cantidad de hierro en el organismo, lo que impide que la medula ósea aumente la producción de nuevos glóbulos rojos para reemplazar los que se han perdido.
- **Shock hipovolémico:** Es una afección de emergencia en la cual la pérdida grave de sangre o líquido en más del 20% hace que el corazón sea incapaz de bombear suficiente sangre al cuerpo. Este tipo de shock puede hacer que muchos órganos dejen de funcionar.
- **Endometritis:** Es la inflamación sistemática del endometrio, que es la capa mucosa que cubre la cavidad uterina, siendo la localización más frecuente de la infección puerperal y puede deberse a clamidia, gonorrea, tuberculosis o una combinación de bacterias vaginales normales. Es más frecuente que se presente después de un aborto espontaneo o de un parto. También es más común después de un trabajo de parto prolongado o de una cesárea. Los síntomas son dolor uterino espontaneo, dolor pelviano o abdominal, fiebre, malestar general, y a veces flujo. El diagnóstico es clínico rara vez se realizan cultivos.
- **Sepsis:** Es una infección potencialmente mortal que surge cuando la respuesta del organismo a una infección daña sus propios tejidos y órganos, la sepsis conduce a choque, falla multiorgánicas y la muerte, especialmente si no se reconoce tempranamente y no es tratada de inmediato. La sepsis sigue siendo la causa principal de muerte por infección, a pesar de los avances en la medicina moderna, como vacunas, antibióticos y atención hospitalaria aguda.

Definición de roles por nivel de atención.

Criterios de traslado.

- Carencia de recursos humanos calificados.
- Carencia de equipo e insumos médicos para la atención.
- Carencia de Unidad de Cuidados Intensivos.
- Complicaciones que no pueden ser tratadas con los insumos médicos y recursos humanos del área de salud donde se está atendiendo.

Procedimientos a paciente que será trasladada

Realizar de acuerdo a lo descrito en Normativa 068.

Criterios de alta

- Ausencia de sangrado anormal.
- Hematocrito en límites aceptable posterior al evento obstétrico entre 28 a 30%.
- Signos vitales en límites normales.
- No hay signos de infección.
- Herida quirúrgica sin complicaciones.
- Al recuperar su estado de salud, será contra referida a la unidad de salud de su procedencia.
- Consejería y oferta de método de planificación familiar.
- Consejería sobre lactancia materna.
- Dieta adecuada a sus requerimientos.
- Retiro de puntos y continuidad del tratamiento:
- Administre DT, si el esquema está incompleto o no se conoce.
- Administre Sulfato Ferroso, Ácido Fólico y Vitamina B12.

Educación, promoción y prevención:

Control y seguimiento.

- A toda embarazada que egrese por una HPP y a familiares brindar consejería acerca de la importancia de aspectos nutricionales.
- Garantizar consejería y acceso a métodos de planificación familiar, incluyendo esterilización quirúrgica.

Historia Clínica Perinatal (HCP)

La historia comienza con datos de identificación de la embarazada (edad, características socioeconómicas, culturales) y se continúa con aquellos antecedentes personales, familiares y obstétricos, embarazo actual, patologías del embarazo, parto y puerperio, parto o aborto, recién nacido, puerperio, egreso y a asesoramiento en contraceptivos.

También se cuenta con casilleros color amarillo que indican algunos factores que pueden aumentar el riesgo perinatal. Con esta modalidad la historia clínica perinatal pretende alertar al personal responsable del cuidado de la madre y el niño, para facilitar la toma de decisiones que las normas locales dispongan.

Medidas de prevención

- Dar seguimiento continuo a las pacientes que presenten factores de riesgo identificados como: cirugía uterina previa, periodo intergenésico corto, multiparidad, primiparidad, edad materna avanzada y adolescentes.
- Se recomienda el uso de agentes uterotónicos para la prevención de la HPP durante el alumbramiento, para todos los partos.
- La oxitocina (10 UI, IV/IM) es el uterotónico recomendado para la prevención de la HPP.
- En los lugares en los que no se dispone de Oxitocina, se recomienda el uso de otros agentes uterotónicos inyectables (si resulta apropiado, Ergometrina/Metilergometrina o la combinación farmacológica fija de Oxitocina y Ergometrina) o Misoprostol oral (600 µg).

- En los lugares en los que no se dispone de parteras capacitadas y no se dispone de oxitocina, se recomienda la administración de misoprostol (600 µg VO) por personal sanitario de la comunidad y personal de la salud para la prevención de la HPP.
- En los lugares en los que las parteras capacitadas están presentes, se recomienda la tracción controlada del cordón umbilical (TCC) para los partos vaginales si el prestador de salud y la mujer parturienta consideran importantes una pequeña reducción de la pérdida de sangre y una pequeña reducción de la duración del alumbramiento.
- En los lugares en los que no se dispone de parteras capacitadas, no se recomienda la TCC.
- Se recomienda el pinzamiento tardío del cordón umbilical (realizado entre 1 y 3 minutos después del parto) para todos los partos, al mismo tiempo que se comienza la atención esencial simultánea del recién nacido
- No se recomienda el pinzamiento temprano del cordón umbilical (menos de 1 minuto después del parto), a menos que el neonato presente asfixia y deba ser trasladado de inmediato para reanimación.

CAPITULO 2 DISEÑO METODOLOGICO

X. DISEÑO METODOLOGICO

Tipo de estudio

Se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo en el tiempo y de corte transversal.

Lugar de estudio

El estudio se realizó en el Hospital Regional José Nieborowski de Boaco, ubicado en el casco urbano del municipio a 88 km de la capital Managua en la parte central del país, con una población aproximada de 59,325 habitantes. Dicho Hospital cuenta con servicio de emergencia, cirugía, medicina interna, pediatría, ginecoobstetricia, urología, oftalmología y otorrinolaringología. Tiene una capacidad de atención mensual por problemas obstétricos en promedio de 60 a 110 mujeres.

Periodo de estudio

El período de estudio comprende desde enero 2016 a enero 2017, incluyendo a todas las pacientes que presentaron Hemorragia postparto durante este año.

Universo

El universo se conformó por 43 expedientes de las pacientes que presentaron Hemorragia Postparto en el período de estudio.

Muestra

Se conformó por el mismo universo, los 43 expedientes de mujeres con diagnóstico de Hemorragia Postparto, constituyéndose en un universo muestral.

Criterio de selección de la muestra

- **Inclusión**

Todo expediente en el cual se diagnosticó Hemorragia Postparto en el período de estudio que comprende desde enero 2016 a enero 2017 en el Hospital José Nieborowski.

Que el expediente de la paciente este completo.

Todo expediente que se encuentre en al menos uno de los niveles de registro.

- **Exclusión**

Expedientes de pacientes que abandonaron la unidad sin concluir el manejo médico.

Expedientes que no se encontraron en archivo al momento de la recolección de la información.

Expedientes con diagnóstico de Hemorragia Postparto poco claro o mal definidos.

Fuente de información

Es secundaria, por lo que se obtendrán datos a través de la revisión de expedientes, libro de labor y parto y base de datos de estadística del Hospital.

Técnicas de recolección de la información

Revisión documental que se aplicó a las fuentes de investigación, por medio del reconocimiento de los datos del estudio, a partir de los expedientes, libro de labor y parto y base de datos.

Instrumento para la recolección de la información

Se realizó la revisión de los expedientes clínicos en los que se encuentre historia clínica prenatal, historia clínica de ingreso a la unidad, nota de recibo en el servicio de labor y parto, partograma, lista de chequeo del cumplimiento del MATEP, nota de parto, notas médicas de vigilancia del puerperio, conjunto de exámenes auxiliares que se le realizó a la paciente, copia de epicrisis de las pacientes que presentaron Hemorragia Postparto en el servicio de Ginecoobstetricia del Hospital José Nieborowski, Boaco, en el período de estudio.

Se utilizó como instrumento una ficha de recolección de datos para obtener la información de las variables en estudio, dicha ficha fue diseñada con los siguientes acápite: características sociodemográficas que incluye: edad, procedencia, etnia, ocupación y estado civil. Factores de riesgo de cada una de las patologías que pueden ocasionar HPP entre ellos: para alteración del tono uterino, trauma del musculo uterino, alteraciones del tejido uterino, y alteración de la coagulación.

Exámenes de laboratorio que según normativa es meritorio su indicación de acuerdo a la patología a tratar entre ellos se mencionan los siguientes: biometría hemática completa, tipo y Rh, tiempos de coagulación, glucemia, urea, creatinina y fibrinógeno Los criterios de egreso es otro dato relevante por lo que también fue estructurado para ser evaluado en el estudio.

Para realizar la valoración del manejo según causa se utilizó las listas de chequeo del Minsa, las cuales especifican de forma secuencial la terapia a emplear en los diferentes estados de morbilidad por lo que se marca 1 si el criterio evaluado es satisfactorio, 0 si el criterio no es satisfactorio y NA (no aplica) en caso de que el criterio a monitorear no sea válido en el presente caso o que no pueda aplicarse a este nivel de atención. (Ver anexo1).

Procedimiento de recolección de información

Se seleccionó esta patología por la relevancia que tiene y el Hospital José Nieborowski fue el lugar donde se realizó ya que a pesar de no tener un historial alarmante no deja de ser importante el número de casos que se presentan.

Por lo tanto una vez seleccionado el Hospital donde se va a realizar el estudio, se solicitó permiso al director general y a cada jefe de servicio para poder tener acceso a todos los niveles de información dentro de la unidad de salud como son: sala de labor y parto, área de estadística y archivo de expedientes. Se elaboró un instrumento para recolectar información de interés para el estudio, además con las listas del MINSA para valorar el manejo según causas, posteriormente fue presentado a las autoridades correspondientes quienes decidieron la aprobación, una vez aprobado se procedió a cotejar la información.

Se inició a trabajar en sala de labor y parto para la revisión del libro de registro y así determinar el número de casos por Hemorragia Postparto en el periodo de estudio registrados en esta área. Posteriormente se gestionaron los expedientes al jefe de estadística quien elaboró una lista detallada de todos los casos de HPP.

Posteriormente se acudió al archivo y con la ayuda del responsable se logró sacar todos los expedientes, una vez completado el total se procedió a la revisión de forma detallada basado en las variables del estudio, se completó la revisión en 6 días, de ellos 2 días monográficos y 2 fines de semana ya que por los turnos y labor diaria fue difícil realizarlo en días laborales, la revisión requirió 8 horas diarias para un total de 48 horas trabajadas hasta completar toda la información requerida.

Procedimiento de análisis de la información

Los datos se procesaron en el programa SPSS versión 11.5 para lo cual se siguieron los siguientes pasos: creación de base de datos, tabulación aplicando estadísticas simples de frecuencia y porcentajes. Los resultados obtenidos se presentarán en tablas y gráficos en Microsoft Excel los cuales se trabajaron en dicho programa, pero se incorporaron en Word2013 para la fácil manipulación y corrección de los gráficos y se utilizó el software de PowerPoint para la realización de las presentaciones en diapositivas.

También se utilizara el programa Nero para realizar la copia de dichas presentaciones y así poder verlas en un DVD. Todo esto se elaboró con una laptop COMPAQ c45 con Windows 8 single.

Listado de variables

N°	Objetivo específico	Variable
1	Describir las características sociodemográficas de la población a estudio.	Características sociodemográficas
2	Verificar el cumplimiento en el abordaje diagnóstico de la Hemorragia Postparto.	Abordaje diagnóstico
3	Identificar el cumplimiento del manejo médico según lo establecido por el protocolo de Hemorragia Postparto.	Cumplimiento en el manejo

Objetivo 1

- a. Edad
- b. Procedencia
- c. Etnia
- d. Ocupación
- e. Estado civil

Objetivo 2

- a) Identificación de factores de riesgo
- b) Identificación de manifestaciones clínicas
- c) Identificación de exámenes de laboratorio
- d) Realización de exámenes de laboratorio
- e) Interpretación de exámenes de laboratorio
- f) Cumplimiento del abordaje diagnóstico

Objetivo 3.

- a) Cumplimiento del MATEP.
- b) Manejo de atonía uterina.
- c) Manejo del desgarro vulvoperineal, vaginal o cervical.
- d) Manejo de la ruptura uterina.
- e) Manejo por retención placentaria.
- f) Manejo por retención de restos placentarios.
- g) Cumplimiento de los criterios de alta.

Operacionalización de variables

Objetivo 1 Describir las características sociodemográficas de la población a estudio.

N°	Variable	Definición conceptual	Dimensión	Indicador	Valor/escala
1	Características sociodemográficas.	Son el conjunto de característica biológicas, socio-económico culturales, que están presentes en la población a estudio, tomando aquellas que pueden se medibles.	Edad	Años, comprende desde menos de 20 a más 35.	Menos de 20años. De 20 a 35 años. Mayor a 35 años.
			Procedencia	Área de origen de las pacientes.	Urbano Rural
			Etnia	Raza a la que pertenece de acuerdo a su consanguinidad.	Blanca Negra Indígena Mestiza Otro.

Objetivo 1

Describir las características sociodemográficas de la población a estudio.

N°	Variable	Definición conceptual	Dimensión	Indicador	Valor/es cala
1	Características sociodemográficas	Son el conjunto de característica biológicas, socio-económico culturales, que están presentes en la población a estudio, tomando aquellas que pueden se medibles.	Ocupación	Labor que realizan	Estudiante, Ama de casa otro
			Estado civil	Condición legal en la pareja	Soltera Casada, Unión estable

Objetivo 2

Verificar el cumplimiento del abordaje diagnóstico

N°	Variable	Definición conceptual	Dimensión	Indicador	Valor/es cala
2	Abordaje Diagnostico	Es el resultado del análisis que se realiza en una primera instancia y que tiene como fin conocer las características específicas de la Hemorragia Postparto.	Identificación de factores de riesgo.	Para alteraciones del tono uterino. Para trauma en musculo uterino. Para alteraciones en tejido uterino placentario. Para alteraciones de la coagulación.	Si No No consign ado
			Identificación de manifestaciones clínicas	Hipotensión. Mareos. Palpitaciones. Palidez mucocutánea. Llenado capilar. Diuresis, Dolor intenso, taquicardia. Inversión uterina. Ausencia de globo de seguridad de pinard. Cuantificación de la pérdida sanguínea, Retención placentaria.	Si No No consign ado

Objetivo 2. Verificar el cumplimiento del abordaje diagnóstico.

N°	Variable	Definición conceptual	Dimensión	Indicador	Valor/escala
2	Abordaje Diagnostico	Es el resultado del análisis que se realiza en una primera instancia y que tiene como fin conocer las características específicas de la Hemorragia Postparto.	Indicación de exámenes de laboratorio	BHC Tipo y Rh TP, TPT Tiempo de sangría Tiempo de coagulación Glucemia Fibrinógeno Prueba de coagulación junto a la cama.	Si No No consig nado
			Realización de exámenes de laboratorio	BHC Tipo y Rh TP, TPT Tiempo de sangría Tiempo de coagulación Glucemia Fibrinógeno Prueba de coagulación junto a la cama.	Si No No consig nado

Objetivo 2. Verificar el cumplimiento del abordaje diagnóstico.

N°	Variable	Definición conceptual	Dimensión	Indicador	Valor/escala
2	Abordaje Diagnostico	Es el resultado del análisis que se realiza en una primera instancia y que tiene como fin conocer las características específicas de la Hemorragia Postparto.	Interpretación de exámenes de laboratorio	BHC Tipo y Rh TP, TPT Tiempo de sangría Tiempo de coagulación Glucemia Fibrinógeno Prueba de coagulación junto a la cama.	Si No No consig nado
			Cumplimiento en el abordaje diagnóstico	Identificación de factores de riesgo Identificación de manifestaciones clínicas Cumplimiento en la realización de exámenes de laboratorio Cumplimiento en la interpretación de exámenes de laboratorio	Si No No consig nado

Objetivo 3

Identificar el cumplimiento del manejo médico según lo establecido por el protocolo de HPP.

N°	Variable	Definición conceptual	Dimensión	Indicador	Valor/escala
3	Cumplimiento en el manejo.	Son todos los procedimientos terapéuticos encaminados a restaurar el estado de salud de una paciente que sufre Hemorragia Postparto.	Cumplimiento del MATEP	Administración de Oxitocina o Ergometrina. Pinzamiento del cordón al dejar de pulsar. Tensión controlada del cordón umbilical con contra tracción del útero Masaje uterino inmediato al alumbramiento Administración de Oxitocina o Ergometrina. Pinzamiento del cordón al dejar de pulsar. Tensión controlada del cordón umbilical con contra tracción del útero Masaje uterino inmediato al alumbramiento	Si No No consig nado

Objetivo 3. Identificar el cumplimiento del manejo médico según lo establecido por el protocolo de HPP.

N°	Variable	Definición conceptual	Dimensión	Indicador	Valor/escala
3	Cumplimiento en el manejo.	Son todos los procedimientos terapéuticos encaminados a restaurar el estado de salud de una paciente que sufre Hemorragia Postparto.	Manejo para atonía uterina.	<p>Realizo masaje uterino.</p> <p>Verifico si placenta (y anexos) estaba íntegras.</p> <p>Si no estaba íntegra, extrajo tejido placentario residual.</p> <p>Inicio Oxitocina IV, 20 UI en 1L de SSN o Ringer a 60 gotas por min (o 10 UI IM). Ergometrina contraindicada en hipertensión. Si se requiere, aplicar 0.2 mg IM y vigilar PA por posibilidad de hipertensión.</p> <p>Continuó: Oxitocina IV, 20 UI en 1L de SSN o Ringer 20 a 40 gotas por min (máximo 3L).</p> <p>Si se requirió transfusión, se realizó la misma.</p> <p>Si el sangrado continuó: realizó compresión bimanual del útero y/o compresión de la aorta abdominal.</p> <p>Mantuvo la compresión bimanual del útero y/o compresión de la aorta abdominal hasta controlar sangrado y que el útero se contrajera.</p> <p>En caso de cirugía o traslado a otra unidad de salud: mantuvo la compresión bimanual del útero y/o compresión de la aorta abdominal hasta llegar a sala de operaciones y/o entrega en emergencia del hospital.</p> <p>Refirió oportunamente a mayor nivel de resolución.</p>	Si No No consignado

Objetivo 3. Identificar el cumplimiento del manejo médico según lo establecido por el protocolo de HPP.

N°	Variable	Definición conceptual	Dimensión	Indicador	Valor/escala
3	Cumplimiento en el manejo.	Son todos los procedimientos terapéuticos encaminados a restaurar el estado de salud de una paciente que sufre Hemorragia Postparto.	Manejo para desgarro vulvoperineal. Vaginal o cervical	Sospechó desgarro de cuello, vagina o periné al obtener placenta completa y útero contraído, pero con hemorragia vaginal. Examinó cuidadosamente el canal del parto en busca de desgarros del cuello uterino, vagina o periné. Reparó desgarros identificados del cuello vagina o periné. Si el sangrado continuó, realizó prueba de coagulación junto a la cama. Refirió oportunamente a mayor nivel de resolución	Si No No consig nado

Objetivo 3. Identificar el cumplimiento del manejo médico según lo establecido por el protocolo de HPP.

N°	Variable	Definición conceptual	Dimensión	Indicador	Valor/escala
3	Cumplimiento en el manejo.	Son todos los procedimientos terapéuticos encaminados a restaurar el estado de salud de una paciente que sufre Hemorragia Postparto.	Manejo para ruptura uterina.	<p>Repuso el volumen de sangre infundiendo líquidos (SSN o Ringer Lactato) antes de la cirugía.</p> <p>Cuando la mujer estuvo hemodinamicamente estable, hizo cirugía inmediatamente para extraer bebé y placenta.</p> <p>Si el útero se pudo reparar con menos riesgo operatorio que histerectomía, reparó el útero.</p> <p>Si el útero no se pudo reparar, realizó histerectomía total o subtotal.</p> <p>Se realizó esterilización quirúrgica (preferiblemente debe hacerse).</p> <p>Refirió oportunamente a mayor nivel de resolución.</p>	Si No No consig nado

Objetivo 3. Identificar el cumplimiento del manejo médico según lo establecido por el protocolo de HPP

N°	Variable	Definición conceptual	Dimensión	Indicador	Valor/escala
3	Cumplimiento en el manejo.	Son todos los procedimientos terapéuticos encaminados a restaurar el estado de salud de una paciente que sufre Hemorragia Postparto.	Manejo por Retención Placentaria	<p>La placenta no se expulsó después de 15 min con manejo activo o 30 min con manejo expectante.</p> <p>Si la placenta estaba a la vista, le pidió que pujara.</p> <p>Si palpo la placenta en vagina, la extrajo.</p> <p>Aseguro vejiga vacía (espontáneamente o por cateterización vesical).</p> <p>Aplicó manejo activo del tercer periodo del parto (otra alternativa 10 UI de Oxitocina IM o diluir 10 UI de Oxitocina en 1 litro de SSN y pasarla IV a 40 gotas por min).</p> <p>Si la placenta no se expulsó en 15 min y útero contraído, realizó compresión del fondo uterino (maniobra de Credé).</p> <p>Si maniobra de Credé no dio resultado, realizó extracción manual de placenta.</p> <p>Si la extracción manual de placenta no fue posible, pensó (registró) la posibilidad de acretismo placentario.</p> <p>Refirió oportunamente a mayor nivel de resolución.</p>	Si No No consig nado

Objetivo 3. Identificar el cumplimiento del manejo médico según lo establecido por el protocolo de HPP.

N°	Variable	Definición conceptual	Dimensión	Indicador	Valor/e scala
3	Cumplimiento en el manejo.	Son todos los procedimientos terapéuticos encaminados a restaurar el estado de salud de una paciente que sufre Hemorragia Postparto.	Manejo por Retención de fragmentos placentarios	<p>Palpó dentro del útero buscando restos placentarios y membranosos.</p> <p>Extrajo fragmentos digitalmente, con pinza de ojo (foersters) o legra gruesa.</p> <p>Si la extracción de restos placentarios no fue posible; pensó (registró) en la posibilidad de acretismo placentario.</p> <p>Si el sangrado continuó: pensó en coagulopatía y realizó prueba de coagulación junto a la cama.</p> <p>Refirió oportunamente a mayor nivel de resolución.</p>	Si No No consign ado

Objetivo 3. Identificar el cumplimiento del manejo médico según lo establecido por el protocolo de HPP.

N°	Variable	Definición conceptual	Dimensión	Indicador	Valor/e scala
3	Cumplimiento en el manejo.	Son todos los procedimientos terapéuticos encaminados a restaurar el estado de salud de una paciente que sufre Hemorragia Postparto.	Cumplimiento en los criterios de egreso.	Ausencia de sangrado anormal. Hematocrito en límites aceptables posteriores al evento obstétrico entre 28 a 30%. Signos vitales en parámetros normales. No hay signos de infección. Herida quirúrgica sin complicaciones. Al recuperar su estado de salud será contra-referida a la unidad de salud de su procedencia. Consejería y oferta de métodos de planificación familiar. Consejería sobre lactancia materna. Dieta adecuada a sus requerimientos. Retiro de puntos y continuidad del tratamiento.	Si No No consignado

Consideraciones éticas del estudio

Antes del inicio de la investigación se realizó una carta para solicitar autorización por parte del director del Hospital para llevar a cabo el estudio, una vez aprobada la solicitud se acudió a labor y parto y se realizó revisión del libro de registro, posteriormente a estadísticas de la unidad de salud en donde me facilitarán los datos de Hemorragia Postparto en el periodo de estudio.

Posteriormente se realizó carta escrita al jefe de archivo para solicitarle el préstamo de los expedientes, una vez autorizado se procedió a la recolección de datos los cuales se codificaron de acuerdo a la cantidad de expedientes reportados como casos de Hemorragia Postparto, la codificación sirvió para no revelar ningún dato personalizado del individuo por lo tanto no se escribió nombres ni iniciales para ayudar a conservar la privacidad del paciente. Se anexó además el número de expediente a cada ficha para facilitar la identificación de los mismos en caso que se necesitase acceder a información complementaria.

CAPITULO 3 RESULTADOS

XI. RESULTADOS

El presente estudio descriptivo, retrospectivo, de cohorte transversal, realizado en el Hospital José Nieborowski de la ciudad de Boaco, evaluó el cumplimiento del protocolo de Hemorragia Postparto establecido en la normativa 109, del Ministerio de Salud. Se registró en el periodo de estudio un total de 971 partos de los cuales el 4% se diagnosticó con Hemorragia Postparto, el estudio incluyó 7 pacientes con HPP extra hospitalaria que fueron referidas al Hospital donde se realizó el estudio resultando así los siguientes datos:

El grupo etáreo más frecuente fue de 20-35 años con un 74%, seguido por el menor de 20 años con el 21% y 5% para el mayor de 35 años respectivamente, en cuanto a procedencia el 72% de las pacientes provenían del área rural y el 22% del área urbana; el grupo étnico más afectado fue el mestizo con un 98%, 2% para la raza blanca y 0% para la raza negra. En relación con la ocupación se reportó el 86% como ama de casa, otras ocupaciones con el 12% y 2% poseían estudios superiores, referente a estado civil 67% se registraron en unión de hecho, 21% casadas y 12% solteras. (Ver Tabla N°1 anexos)

La alteración del tono uterino fue una de las causas de Hemorragia Postparto que más afectó a las pacientes atendidas durante el período de enero 2016 a enero 2017 en el Hospital José Nieborowski, solamente se identificaron factores de riesgo en el 26% ellas, de los cuales la multiparidad con el 19% fue el factor más representativo, seguido de RPM prolongada con el 2%, Polihidramnios 2% y 2% el uso de betamiméticos. (Ver Tabla N°2)

En cuanto al Trauma del musculo uterino que fue la causa de Hemorragia Postparto en donde más se identificaron factores de riesgo, el factor más encontrado fue el parto precipitado con el 26%, episiotomía 16%, paridad elevada 12%, mal posición fetal 9%, presentación en plano de Hodge 2% y 2% para cirugía uterina previa. (Ver Tabla N°3)

La alteración del tejido útero placentario es otra de las causa de Hemorragia Postparto, sin embargo fue una de las que menos se identificaron factores de riesgo y para esta el factor que más predominó fue, con el 5% por anomalías placentarias y 2% por cirugía uterina previa. (Ver Tabla N°4)

La alteración de la coagulación no ocasiono Hemorragia Postparto en ninguna de las pacientes atendidas en el período de estudio, sin embargo, se buscaron factores de riesgo para Hemofilia, Hipofibrinogenemia, antecedentes familiares de Coagulopatías, Purpura trombocitopenica ideopatica (PTI), Síndrome de HELLP, CID, Preeclampsia, muerte intrauterina, infección, DPPNI y Embolia del líquido amniótico. (Ver Tabla N°5)

En general la frecuencia con que se presentaron factores de riesgo de acuerdo a las diferentes patologías fue la siguiente: para trauma en el musculo uterino 74%, en alteración del tono uterino 26%, alteración del tejido útero-placentario 7% y 0% para trastornos de la coagulación. (Ver Tabla N°6)

Se identificaron manifestaciones clínicas en el 100% de las pacientes, con predominio de mareos en 88% de los casos, seguido por taquicardia en un 74%, hipotensión y palidez mucocutánea 72%, palpitaciones 67%, llenado capilar 56%, ausencia de globo de seguridad de Pinard en 42%, dolor intenso 28% y diuresis con el 7%. (Ver Tabla N° 7 anexos)

En cuanto a exámenes de laboratorio la frecuencia en la indicación fue de la siguiente manera: biometría hemática completa (BHC), tipo y Rh en el 100% de los casos, TP Y TPT 91%, glucemia 88% urea 26%, fibrinógeno 21%, prueba de coagulación junto a la cama 14%, tiempo de coagulación 7% y tiempo de sangría 5%. (Ver Tabla N°8)

La realización de los exámenes indicados solamente se cumplió en el 100% para BHC y tipo y Rh, para TP y TPT en el 65% de los casos, la glucemia como factor metabólico importante se realizó en el 58%, urea 12%, fibrinógeno en el 9%, prueba de coagulación junto a la cama 9% y tiempo de coagulación 2%. (Ver Tabla N°9)

La interpretación de los estudios indicados fue la siguiente: para BHC y Tipo y Rh fue del 100%, TP TPT 65%, glucemia 56%, urea 12%, fibrinógeno y prueba de coagulación junto a la cama 9%, tiempo de coagulación en el 2%, lo que refleja que todos los exámenes realizados se interpretaron. (Ver Tabla N°10)

En general la frecuencia del cumplimiento en los 9 exámenes de laboratorio protocolados fue del 0% ya que de no cumplirse con la indicación, realización e interpretación de cada uno ellos como parte importante del diagnóstico de Hemorragia Postparto no se está abordando de forma completa la patología a estudio según lo establecido en el protocolo del MINSA. (Ver Tabla N°11)

El cumplimiento en el manejo activo del tercer periodo del parto (MATEP) es el pilar fundamental para la prevención de la Hemorragia Postparto, por lo tanto analizando de manera detallada cada uno de los procedimientos que se cumplieron fue de la siguiente manera: la administración de 10 UI de Oxitocina vía IM inmediatamente al nacimiento del bebe se cumplió en el 88% de las pacientes, pinzamiento del cordón umbilical hasta que deje de pulsar (aproximadamente 3 min) en el 84%, tensión controlada del cordón umbilical se cumplió en el 70% con el 19% que no correspondía según el caso, la realización de masaje uterino inmediato al alumbramiento placentario y cada 15 min durante las primeras 2 horas en el 79% de los casos. De manera general el MATEP se cumplió en su totalidad en el 75% de los casos de HPP. (Ver Tabla N°12)

El manejo de la Atonía Uterina tanto en sus acciones inmediatas como son, masaje uterino externo y verificar placenta, uso de oxitócicos juntos o en secuencia ya sean Oxitocina, Ergometrina, además maniobras que salvan vidas entre ellas compresión de la aorta abdominal, compresión bimanual del útero; de manera general fueron cumplidos en el 62% de los casos de HPP. (Ver Tabla N°14)

El manejo de la Hemorragia Postparto por desgarro vulvoperineal, vaginal o cervical para realizar un buen manejo en el caso que se presente es importante sospechar afectación de cuello, vagina o periné, posteriormente examinar cuidadosamente el canal del parto, si se identificaron desgarros realizar reparación; si el sangrado continua realizar prueba de coagulación junto a la cama y de persistir con el sangrado referir a una unidad de mayor resolución y todo esto fue cumplido en el 29% de los casos que se presentaron en el período de estudio. (Ver Tabla N°15)

La inversión uterina es la causa que menos provoco Hemorragia Postparto, sin embargo en el único caso que se presentó durante el período de estudio se cumplió en el 100% toda la secuencia del abordaje terapéutico, iniciando con la reposición de volumen, una vez estable hemodinamicamente se hizo cirugía para extraer bebe y placenta, se reparó el útero y posteriormente se realizó esterilización quirúrgica. (Ver Tabla N°16)

La Retención Placentaria es otra de las causas importantes de Hemorragia Postparto, esto ocurre cuando la placenta no se expulsa después de 15 minutos con manejo activo y 30 minutos con manejo expectante. Las acciones inmediatas son: si la placenta estaba a la vista le pidió que pujara, si palpo la placenta en vagina la extrajo, asegurar vejiga vacía es fundamental por lo tanto el manejo según lo establecido por la lista de chequeo del Ministerio de Salud fue cumplido en el 20% de los casos. (Ver Tabla N°17)

El manejo de HPP por Retención de Fragmentos Placentarios comprende varios acápite que se deben abordar de manera secuencial, primeramente palpar dentro del útero buscando restos placentarios y membranosos, Extraer fragmentos digitalmente o con pinza de ojo (foersters) o legra gruesa, si la extracción de restos placentarios no fue posible; pensó (registró) en la posibilidad de acretismo placentario, si el sangrado continuó: pensó en coagulopatía y realizó prueba de coagulación junto a la cama, refirió oportunamente a mayor nivel de resolución. Todos se cumplieron de manera general en un 38% de los casos. (Ver Tabla N°18)

De manera general el manejo de Hemorragia postparto según causa fue de la siguiente manera: la Atonía uterina de 21 casos que se diagnosticaron se cumplió el manejo en el 62%, el Desgarro vulvoperineal, vaginal o cervical de 7 casos, el 29% cumplió el manejo, se presentó un caso de inversión uterina el cual no se abordó según lo establecido por el protocolo de HPP, la Retención placentaria de 5 casos solo el 20% cumplió el manejo, el caso de Ruptura uterina fue abordado según protocolo cumpliendo con todos los parámetros, la Retención de fragmentos placentarios de 8 casos solo el 38% cumplió el manejo. Se concluye que el manejo no es adecuado a pesar de contar con un protocolo ya que la mayoría de las causas fueron abordadas con menos del 50% de cumplimiento. (Ver Tabla N°19)

XII. Análisis y Discusión de los resultados

De los resultados obtenidos en el presente estudio, de pacientes registradas con diagnóstico de Hemorragia Postparto en el Hospital José Nieborowski, de enero 2016 a enero 2017, se pudo analizar lo siguiente:

Se encuentra determinado por la OMS, en un informe sobre el tratamiento para la HPP del 2007, que en 11% de los partos anuales, las mujeres presentarán HPP, lo cual no corresponde con los datos obtenidos en el presente estudio, donde solo el 4% de los partos registrados en la unidad presentaron dicha patología, esto pudo ser consecuencia de las características topográficas, sociocultural y educacionales que interfieren en la asistencia de mujeres a unidades de salud para atención del parto lo que facilita la falta de registro de estos y de las complicaciones obstétricas.

En otras ocasiones pudo haber un cierto subregistro debido a que la cuantificación de la pérdida sanguínea es algo subjetivo lo que podría ocasionar una subvaloración de la cantidad real, además pudo no haber cambios hemodinámicos significativos por ende no se realizó el diagnóstico.

En cuanto a las características sociodemográficas, estas coinciden con estudios realizados anteriormente, uno de ellos fue Ecuador sobre HPP de enero a junio del 2010 y la edad predominante resulto ser de 24 a 29 años, de igual manera en otro estudio que se realizó en el Hospital José Nieborowski en el periodo de junio 2013 a junio 2014 sobre el cumplimiento del Protocolo de Hemorragia Postparto establecido por el MINSA, la edad predominante de presentación de HPP fue entre los 20 y 35 años, lo que puede estar relacionado con que en estas edades las mujeres se encuentran en edad fértil, sustentado también con la distribución etárea según la pirámide poblacional de países latinoamericanos y de Nicaragua. ([Bonifaz, 2010] [Sovalbarro & Ulloa, 2013])

Por otro lado la procedencia más frecuente fue rural y esto pudo deberse a que las pacientes mediante las charlas educativas están tomando conciencia sobre la importancia que tiene la casa materna para el seguimiento continuo en las últimas semanas de gestación y de esta forma implementar el parto institucional teniendo como resultado final la disminución de complicaciones obstétricas y por consiguiente bienestar materno infantil.

Predominó la raza mestiza de la cual es casi la totalidad de la población del país, la ocupación más preponderante fue ama de casa, lo que puede deberse al machismo que caracteriza a la población Nicaragüense en la cual las mujeres aún no se encuentran totalmente empoderadas y una gran mayoría viven en opresión y dependencia de los hombres que actúan como jefes de hogar y solamente un mínimo porcentaje de ellas poseía estudios superiores, de igual manera el estado civil fue unión de hecho, lo cual puede deberse a que se ha culturalizado este tipo de unión por la pérdida de valores.

Referente a los factores de riesgo, en un poco menos de la mitad de los casos, no se identificaron factores para HPP, lo que no coincide con estadísticas globales que refieren que dos tercios de las pacientes que presentan esta patología no tendrían factores de riesgo identificables. Entre los factores de riesgo identificados en el presente estudio destacaron trauma del musculo uterino por parto precipitado y episiotomía, lo que corresponde con un estudio realizado en El Salvador que menciona como factor de riesgo principal el trauma del canal del parto. En Hospital José Nieborowski esto puede deberse a que los parto son realizados generalmente por médicos en formación. (Bustillo, 2011)

De igual manera los traumas miometriales secundarios a cirugías uterinas previas es un factor de riesgo relevante lo que predispone a ruptura uterina, esto coincide con la literatura planteada y en el caso de Nicaragua podría deberse a la práctica frecuente de Cesárea electiva por antecedentes de una Cesárea previa o en su defecto Cesárea electiva de primera intención en embarazadas que no reúnen criterios para las mismas.

Para alteraciones del tono uterino predominio como factor de riesgo principal la multiparidad, por la influencia directa de falta de utilización de métodos de planificación familiar en la cultura Nicaragüense, por diversas creencias, es importante mencionar que todos los factores de riesgo contenidos en el protocolo se completaron en las fichas de recolección de datos.

En ninguna de las pacientes estudiadas se cumple con la indicación, realización e interpretación de los exámenes de laboratorio completos, si por algún motivo los exámenes no se encontraban disponibles para su realización en la unidad, tampoco se encontró reflejado la causa de la omisión en el expediente clínico; para la obtención de esta información se trabajó con una ficha de recolección de datos implementada por el Ministerio de Salud.

El MATEP fue cumplido casi en la totalidad de los partos atendidos de manera intrahospitalaria, sin embargo dentro del estudio hay 7 pacientes con parto extrahospitalario, en los cuales no se encontró registro ni comentarios sobre el cumplimiento del MATEP y esto fue lo que repercutió en un menor índice del cumplimiento de manera general.

Un estudio realizado en el año 2013 en el Hospital asunción de Juigalpa también reportó adecuado cumplimiento del MATEP esto refleja que se ha mejorado en el cumplimiento del protocolo para esta entidad; sin embargo no ha repercutido de manera significativa en la disminución de la Hemorragia Postparto, esto puede deberse a que se pierden de vista otras entidades clínicas.

En cuanto al manejo según causa no se cumplió de manera global según lo establecido en el protocolo implementado por el MINSA. Entre las entidades clínicas que más provocaron Hemorragia postparto esta la atonía uterina, desgarro vulvoperineal vaginal o cervical y retención de restos placentarios, esto corresponde con un estudio realizado en El Salvador en los meses de junio a diciembre del año 2011, además en otro estudio realizado en el Hospital Bertha Calderón Roque también en el mismo año con respecto al cumplimiento en el manejo de la atonía uterina como causa más relevante, se concluyó que en la mayor parte de los casos se cumplió el manejo según protocolo. ([Bustillo, 2011], [Arauz, 2011])

También para el año 2013 se realizó en el Hospital José Nieborowski de Boaco un estudio sobre HPP encontrando como principal causa la atonía uterina por lo que en la mayoría de los casos no se cumplió el manejo adecuado. Por todo esto es importante hacer uso adecuado de las normas ya que esto repercutirá de manera significativa en el bienestar materno infantil, y por lo tanto la estancia hospitalaria será reducida trayendo consigo menos gastos institucionales. (Sovalbarro & Ulloa, 2013)

En cuanto al egreso de las pacientes en estudio, en un poco más de la mitad se cumplió con todos los criterios para su egreso, lo que coincide con el estudio realizado en esta misma unidad de salud hace tres años, además con otros estudio en el departamento de Juigalpa y Carazo, sobre el protocolo de HPP ya comentado anteriormente, se hace la observación con respecto a que el protocolo de HPP actual evalúa mayor cantidad de acápite que el protocolo anterior del 2006 utilizado en los estudios realizados en los departamentos ya mencionados. ([Toledo, 2013], [Largaespada, 2013], [Sovalbarro & Ulloa, 2013])

XIII. Conclusiones

Del análisis de los resultados obtenidos en el presente estudio sobre “Aplicación del protocolo de Hemorragia Postparto, en pacientes atendidas en el Hospital José Nieborowski Boaco, en el periodo de enero 2016 a enero 2017” se concluyó lo siguiente.

- La mayoría de las pacientes afectadas eran originarias del área rural, predominando el grupo de 20 a 35 años, amas de casa, sin estudios superiores y de raza mestiza, que se corresponde con estudios hechos sobre el tema a nivel regional.
- En cuanto al abordaje diagnóstico el principal factor de riesgo encontrado fue para trauma del musculo uterino, sin embargo, la principal causa de Hemorragia fue atonía uterina.
- Se identificaron manifestaciones clínicas en la mayoría de los pacientes siendo las más relevantes la perdida sanguínea, hipotensión, taquicardia, palidez, palpitaciones y ausencia de globo de seguridad de pinard.
- En lo referente a exámenes de laboratorio no se cumplió la indicación, realización e interpretación de todos los exámenes protocolados para esta entidad clínica, por lo que sigue siendo el acápite menos cumplido en comparación con el mismo estudio realizado en el año 2013.
- En cuanto al manejo, el abordaje del MATEP fue casi en su totalidad, mientras tanto de acuerdo a las causas el que más se cumplió fue por atonía uterina, sin embargo el resto no supero el 50% de cumplimiento.
- De manera general los criterios de alta fueron cumplidos en la mayoría de los pacientes, sin embargo el que menos se cumplió fue el hematocrito en límites aceptables posterior al evento obstétrico entre 28% a 30%.
- El porcentaje de Hemorragias Postparto registradas en el Hospital, es inferior a las cifras que refiere la Organización Mundial de la Salud, pero no deja de ser significativo el número de casos que se presentan.

XIV. Recomendaciones

De los resultados y conclusión obtenida, así como los hallazgos durante la realización del estudio, "Cumplimiento del protocolo de Hemorragia Postparto, en pacientes atendidas en el Hospital José Nieborowski, Boaco, en el período de enero 2016 a 2017", surgieron las siguientes recomendaciones:

- Al director del SILAIS:
 - ✓ Garantizar la correcta aplicación del MATEP, mediante la constante capacitación y monitoreo continuo de los recursos en todas las unidades de salud.
 - ✓ Establecer comisiones dedicadas a la revisión continua del orden de los expedientes clínicos de las pacientes atendidas en el servicio de ginecología y obstetricia.
 - ✓ Garantizar que se lleve a cabo una investigación epidemiológica para identificar las causas y los factores de riesgo asociadas a la Hemorragia Postparto y así mismo identificar los casos donde fue posible prevenir un desenlace fatal y referirlas al nivel de atención adecuado durante el periodo antenatal.
- Al Director y Subdirector del Hospital José Nierborowski:
 - ✓ Presentar los resultados del presente estudio investigativo al personal de médicos en formación que trabajan de manera directa con las pacientes atendidas en sala de labor y parto, para crear conciencia sobre la importancia del manejo adecuado de las normas y protocolos establecidos por el Ministerio de Salud.

- ✓ Garantizar que los médicos que trabajan en el área de Ginecología indiquen los exámenes completos a las pacientes y si estos no se pueden realizar, establecer notas o comentarios en el expediente clínico el motivo por el cual no se llevaron a cabo.
- ✓ Implementar un mejor registro de complicaciones como Hemorragia postparto en los libros de cada servicio y en todas las hojas de admisión y egreso, para poder monitorear y evaluar el impacto de intervenciones terapéuticas dirigidas a mitigar dichos problemas.
- Al jefe del servicio de Ginecoobstetricia
 - ✓ Vigilar que se cumpla con una correcta y completa historia clínica de cada paciente que ingresa al servicio de Ginecología y obstetricia, para de esta forma contar con datos confiables, los mismos que servirán para todo tipo de estudios, así como para obtener una aceptable confiabilidad y sensibilidad.
 - ✓ Implementar mejoras en la calidad de la anamnesis para detectar los pacientes de alto riesgo de sufrir Hemorragia Postparto.
 - ✓ Garantizar que se cumpla con la orientación de mantener un recurso de mayor experiencia en sala de labor y parto con el objetivo de dar acompañamiento y orientaciones a los médicos en formación.
 - ✓ Exigir el uso de oxitócicos como conducción de trabajo de parto de una manera más selectiva valorando los casos en que realmente sea necesario.
 - ✓ Evaluar los niveles de hemoglobina antes del parto y si es posible y necesario, debemos corregir estos niveles antes del nacimiento.
 - ✓ Efectuar la episiotomía solo en los casos necesarios y no en forma rutinaria. Además si fuese necesaria esta debería ser efectuada justo en el momento de la salida de la presentación fetal y no varios minutos previos, pues ello incrementa el volumen de sangre perdido.

Cumplimiento del Protocolo de Hemorragia Postparto, en Pacientes Atendidas en el Hospital José Nieborowski, Boaco, en el Periodo de Enero 2016 a Enero 2017.

- ✓ Realizar y no dudar en efectuar el “manejo activo” del alumbramiento, pues está plenamente demostrada su eficacia para disminuir la Hemorragia Postparto.
- ✓ Evaluar los signos vitales de la paciente tanto en el momento de la atención del parto, así como después de haber terminado el procedimiento. Ello le permitirá al operador tener una idea general de su estado y analizar con frialdad la cuantía de sangre perdida.
- A los médicos que laboran en unidades primarias de salud:
 - ✓ Incluir el uso de sello de MATEP en las hojas de referencia, de pacientes que presenten Hemorragia Postparto, para evitar de esta manera el no incluir esta información valiosa para el seguimiento del paciente.
 - ✓ Reconocer factores de riesgo en la atención prenatal ya que son importantes para disminuir la frecuencia de Hemorragia Postparto.
 - ✓ En el seguimiento puerperal efectuar una valoración psicológica a todas las pacientes que han presentado Hemorragia Postparto debido a las repercusiones que esta patología puede llegar a desencadenar en un próximo embarazo.
- Personal de enfermería:
 - ✓ Capacitarse de manera continua para estar preparados en un caso de Hemorragia Postparto o de otra complicación Obstétrica.
 - ✓ Cumplir con la toma de signos vitales cada 30 minutos durante las dos primeras horas del puerperio inmediato.

CAPITULO 4 REFERENCIA BIBLIOGRAFICA

XV. REFERENCIA BIBLIOGRFICA.

- 1) Ministerio de Salud. (2008). MOSAF modelo de salud familiar y comunitario. En M. D. Salud. Managua: MINSA.
- 2) Ministerio de Salud. (2011). Normativa 070. Norma metodológica para la elaboración de normas, manuales, guías y protocolos del sector salud. MINSA.
- 3) Arauz Téllez. P. (2011). Hemorragia postparto por atonía uterina en el Hospital escuela Bertha Calderón Roque.
- 4) Ministerio de Salud. (2011). Estrategia y acciones para la reducción de la mortalidad materna e infantil. Managua.
- 5) Dayana, H. D. (2011). Manejo de la hemorragia severa post parto por atonía uterina. Hospitales formadores de ginecólogos y obstetras. San Salvador, El Salvador.
- 6) Largaespada, M. R. (2013). Cumplimiento del protocolo de hemorragia postparto según normas y protocolos para la atención de complicaciones obstétricas en pacientes ingresadas en la sala de Maternidad del Hospital Regional Santiago de Jinotepe, Jinotepe.
- 7) Laurenti, M. L. (2013). Mortalidad materna en Brasil debida a hemorragia. Santa Catarina: centro de ciencias de Saude.
- 8) Ministerio de Salud. (2013). Normativa-109 protocolo para la atención de complicaciones obstétricas. En M. D. Nicaragua. Gobierno de Reconciliación y Unidad Nacional. Managua: MINSA.
- 9) Organización Mundial de la Salud (2014). Organismos de las naciones unidas informan del firme avance en los esfuerzos por salvar vidas maternas, comunicado de prensa.
- 10) Organización Mundial de la Salud (2016). mortalidad materna, comunicado de prensa.

Cumplimiento del Protocolo de Hemorragia Postparto, en Pacientes Atendidas en el Hospital José Nieborowski, Boaco, en el Periodo de Enero 2016 a Enero 2017.

- 11) Organización mundial de la salud (s.f). Objetivos de desarrollo del Milenio 2015.http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/maternal/mdg/es/
- 12) Organización Panamericana de la Salud (s.f). PERFIL DE SALUD MATERNA ODM 5 NICARAGUA. OPS.
- 13) Schawarcz-Sala-Duverges. (2009). Obstetricia, 6ta edición. 4ta reimpresión. En Schawarcz-Sala-Duverges. Buenos aires, Argentina: Editorial El Ateneo.
- 14) Toledo, M. (2013). Aplicación del protocolo de hemorragia postparto establecido por el MINSA en las pacientes atendidas en el Hospital Regional Asunción Juigalpa de enero 2012 a mayo 2013. Juigalpa.
- 15) 2013. Aplicación del protocolo de hemorragia postparto establecido por el MINSA en pacientes atendidas en el Hospital José Nieborowski Boaco de junio 2013 a junio 2014. Boaco.

CAPITULO 5 ANEXOS

ANEXO 1

Instrumento de recolección de datos

Cumplimiento del protocolo para la atención de la Hemorragia Post Parto en pacientes atendidas en el Hospital José Nieborowski, Boaco, en el periodo de enero 2016 a enero 2017.

Características sociodemográficas

Edad			
-20			
20-35			
+35			
Procedencia			
Rural			
urbana			
Etnia			
Blanca			
Negra			
Indígena			
Mestiza			
otra			
Ocupación			
Estudiante			
Ama de casa			
Otro			
Estado civil			
Soltera			
Casada			
Unión de hecho			

Verificar el cumplimiento del abordaje diagnóstico.

Factores de riesgo para alteración del tono uterino	Si	No	N/C
Polihidramnios			
Malformaciones fetales			
Hidrocefalia			
Parto prolongado o precipitado			
Multiparidad			
RPM prolongada			
Fiebre			
Miomas uterinos			
Placenta previa			
Betamimeticos: Nifedipina, sulfato de Mg y anestésicos			
Factores de riesgo para trauma del musculo uterino			
Parto instrumentado			
parto precipitado			
Episiotomía			
Mal posición fetal			
Manipulación intrauterina fetal			
Presentación en plano de Hodge avanzado			
Cirugía uterina previa			
Parto obstruido			
Placenta fúndica			
Tracción excesiva del cordón			
Paridad elevada			
Factores de riesgo para alteración en tejido uterino			
Cirugía uterina previa			
Anomalías placentarias			
Factores de riesgo para alteraciones de la coagulación			
Hemofilia			
hipofibrinogenemia			
Antecedentes familiares de coagulopatias			
Purpura trombocitopenica idiopática			
Síndrome de HELLLP			
CID: preeclampsia, muerte intrauterina, infección DPPNI			
Embolia de líquido amniótico			
Total			

Exámenes de laboratorio indicados

Exámenes	Si	no
BHC		
Tipo y Rh		
TP, TPT		
Tiempo de sangría		
Tiempo de coagulación		
Glucemia		
Urea		
Fibrinógeno		
Prueba de coagulación junto a la cama		
Total		

Exámenes de laboratorio realizados

Exámenes	Si	no
BHC		
Tipo y Rh		
TP, TPT		
Tiempo de sangría		
Tiempo de coagulación		
Glucemia		
Urea		
Fibrinógeno		
Prueba de coagulación junto a la cama		
Total		

Exámenes de laboratorio interpretados

Exámenes	Si	no
BHC		
Tipo y Rh		
TP, TPT		
Tiempo de sangría		
Tiempo de coagulación		
Glucemia		
Urea		
Fibrinógeno		
Prueba de coagulación junto a la cama		
Total		

Verificar criterios de egreso en hemorragia postparto

Criterio de alta	Si	No	N/A
Ausencia de sangrado anormal			
Hematocrito en límites aceptables posterior al evento obstétrico entre 28 a 30%			
Signos vitales en límites normales			
No hay signos de infección			
Herida quirúrgica sin complicaciones			
Al recuperar su estado de salud, será contra referida a la unidad de salud de su procedencia			
Consejería y oferta de método de planificación familia			
Consejería sobre LM			
Dieta adecuada a sus requerimientos			
Retiro de puntos y/o continuidad del tratamiento, administre DT, Si el esquema está incompleto o no se conoce			
Administre sulfato ferroso, ácido fólico y vitamina B12			
Total:			

ANEXO 2. Tablas y gráficos

Tabla No. 1

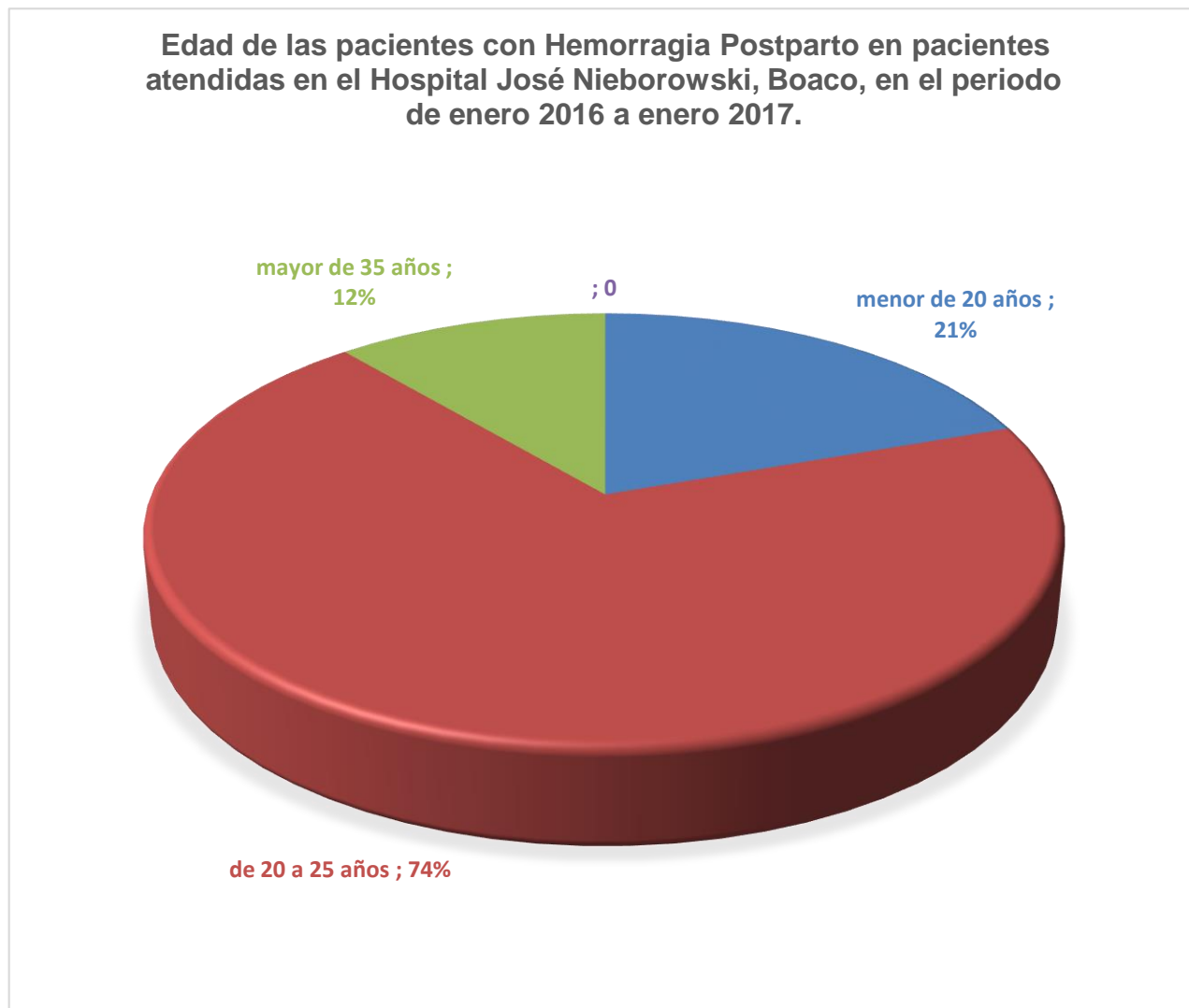
Características sociodemográficas en los expedientes de las pacientes con Hemorragia Postparto atendidas en el Hospital José Nieborowski, Boaco, en el período de Enero 2016 a Enero 2017.

Características sociodemográficas	Frecuencia	Porcentaje
Edad		
• Menor de 20 años	9	21
• De 20 a 35 años	32	74
• Mayor de 35 años	2	5
Procedencia		
• Rural	31	72
• Urbano	12	28
Etnia		
• Blanca	1	2
• Negra	0	0
• Mestiza	42	98

**Cumplimiento del Protocolo de Hemorragia Postparto, en Pacientes Atendidas en el Hospital José Nieborowski,
Boaco, en el Periodo de Enero 2016 a Enero 2017.**

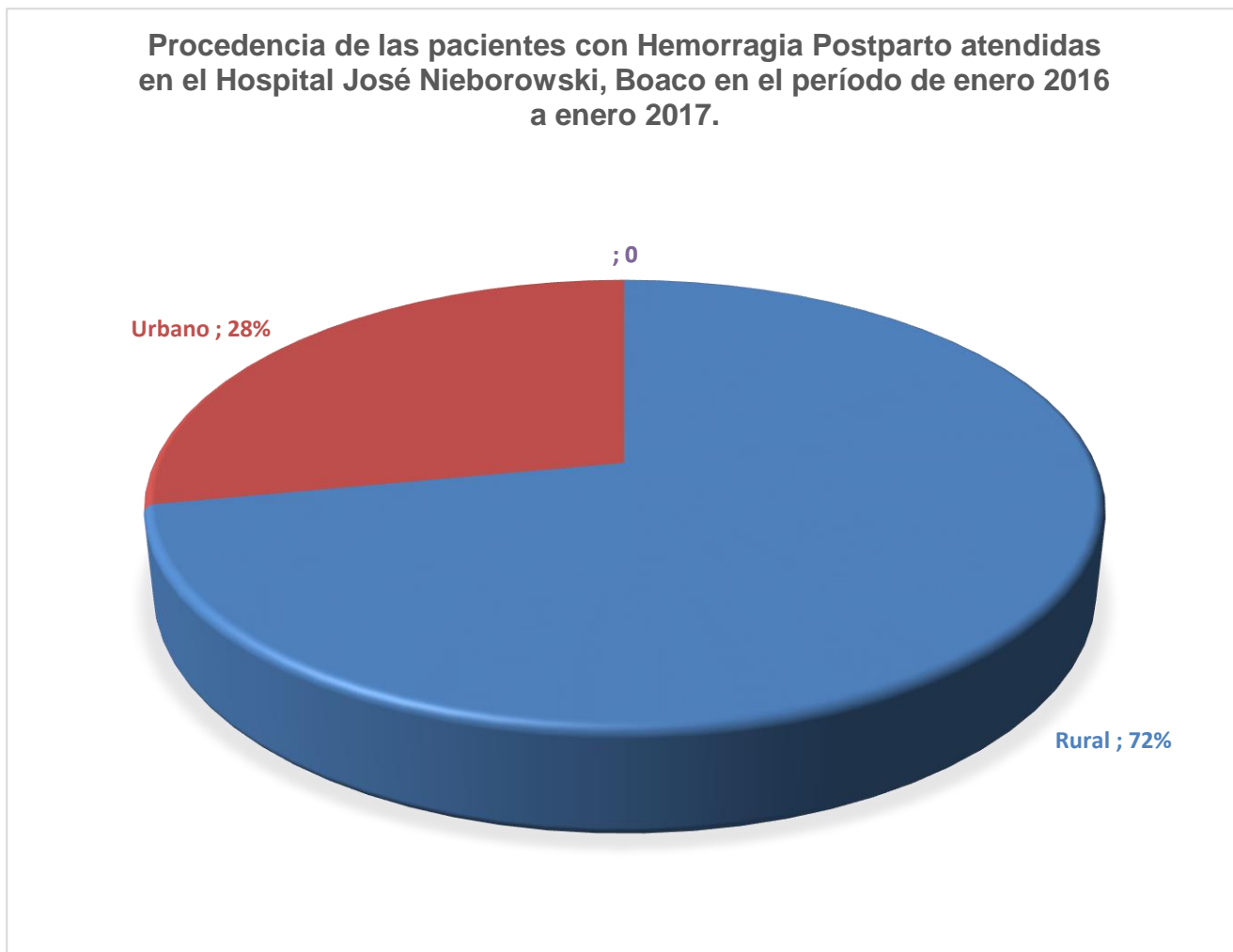
Características sociodemográficas	Frecuencia	Porcentaje
Ocupación <ul style="list-style-type: none"> • Estudiante • Ama de casa • Otros 	<p align="center">1</p> <p align="center">37</p> <p align="center">5</p>	<p align="center">2</p> <p align="center">86</p> <p align="center">12</p>
Estado civil <ul style="list-style-type: none"> • Soltera • Casada • Unión de hecho 	<p align="center">5</p> <p align="center">9</p> <p align="center">29</p>	<p align="center">12</p> <p align="center">21</p> <p align="center">67</p>

Grafico 1.1



Fuente: tabla n° 1

Grafico 1.2



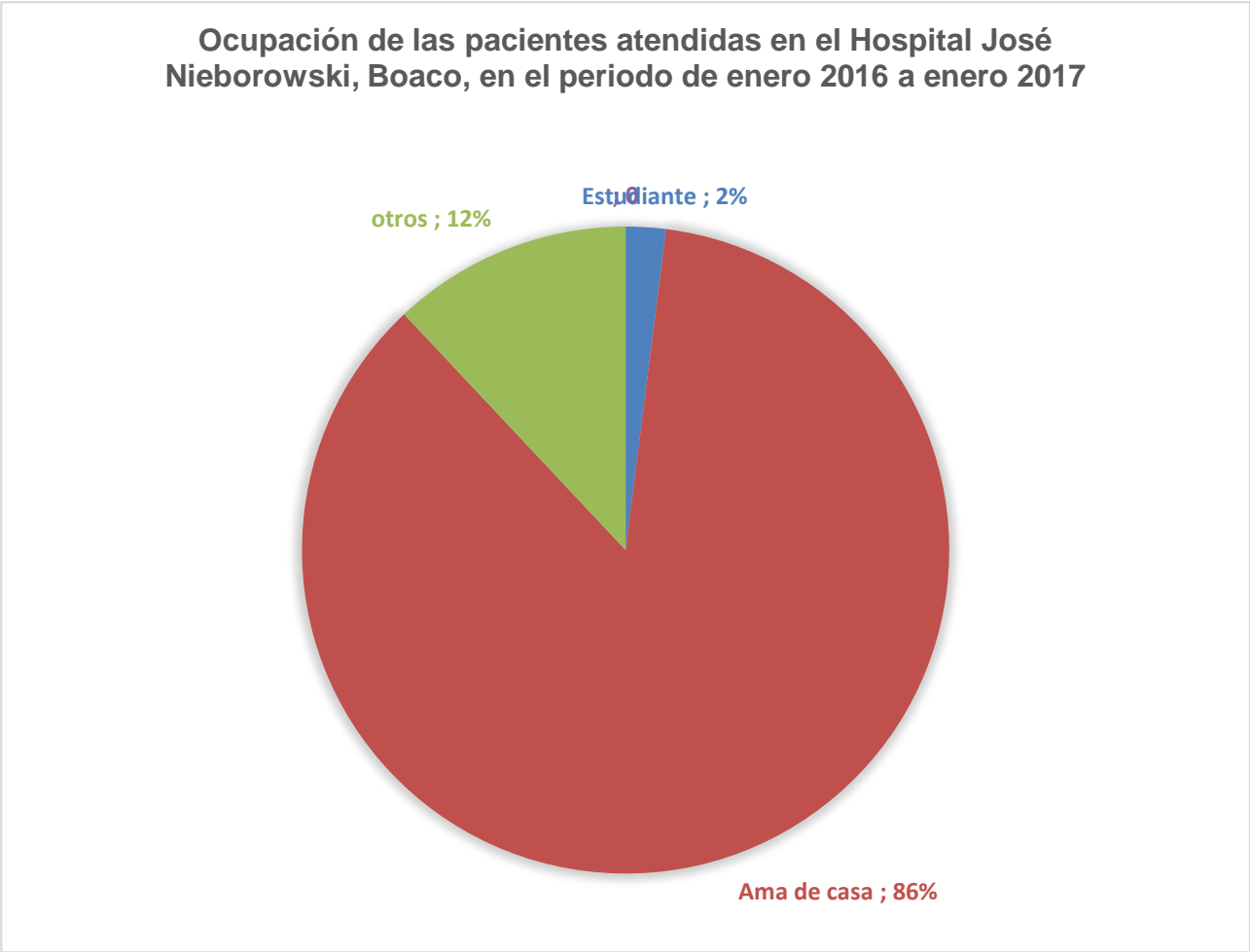
Fuente: tabla n°1

Grafico 1.3



Fuente: tabla N° 1

Grafico 1.4



Fuente: tabla N° 1

Grafico 1.5



Fuente: tabla N° 1

Tabla N°2

Identificación de factores de riesgo para alteraciones del tono uterino en los expedientes de pacientes con Hemorragia Postparto atendidas en el Hospital José Nieborowski, Boaco, en el periodo de enero 2016 a enero 2017.

Identificación de factores de riesgo para el tono uterino	Si		No		N/C	
	N°	%	N°	%	N°	%
Polihidramnios	1	2	41	95	1	2
Malformaciones fetales	0	0	41	95	2	5
Hidrocefalia	0	0	41	95	2	5
Multiparidad	8	19	33	77	2	5
RPM prolongada	1	2	41	95	1	2
Fiebre	0	0	43	100	0	0
Betamiméticos: Nifedipina, Sulfato de Magnesio y Anestésicos.	1	2	42	98	0	0

Fuente: ficha de recolección de datos.

Tabla N°3

Identificación de factores de riesgo para trauma del músculo uterino en los expedientes de pacientes con Hemorragia Postparto atendidas en el Hospital José Nieborowski, Boaco, en el periodo de Enero 2016 a Enero 2017.

Identificación de factores de riesgo para trauma del musculo uterino	Si		No		N/C	
	N°	%	N°	%	N°	%
Parto precipitado	11	26	25	58	7	16
Episiotomía	7	16	29	63	6	14
Mal posición fetal	4	9	38	88	1	2
Presentación en plano de Hodge avanzado	4	9	36	84	3	7
Cirugía uterina previa	1	2	42	98	0	0
Paridad elevada	5	12	38	88	0	0

Fuente: ficha de recolección de datos.

Tabla N°4

Identificación de factores de riesgo para alteraciones del tejido útero placentario en los expedientes de pacientes con Hemorragia Postparto atendidas en el Hospital José Nieborowski, Boaco, en el periodo de Enero 2016 a Enero 2017.

Identificación de factores de riesgo para alteraciones en tejido útero-placentario.	Si		No		N/C	
	N°	%	N°	%	N°	%
Cirugía uterina previa	1	2	40	93	2	5
Anomalías placentarias	2	5	41	95	0	0

Fuente: ficha de recolección de datos.

Tabla N°5

Identificación de factores de riesgo para alteraciones de la coagulación en los expedientes de pacientes con Hemorragia Postparto atendidas en el Hospital José Nieborowski, Boaco, en el periodo de Enero 2016 a Enero 2017.

Identificación de factores de riesgo para alteraciones de la coagulación	Si		No		N/C	
	N°	%	N°	%	N°	%
Hemofilia	0	0	43	100	0	0
Hipofibrinogenemia	0	0	43	100	0	0
Antecedentes familiares de coagulopatías	0	0	43	100	0	0
Purpura trombocitopénica idiopática	0	0	43	100	0	0
Síndrome de HELLP	0	0	43	100	0	0
CID, Preeclampsia, muerte intrauterina, infección, DPPNI.	0	0	43	100	0	0
Embolia del líquido amniótico.	0	0	43	100	0	0

Fuente: ficha de recolección de datos.

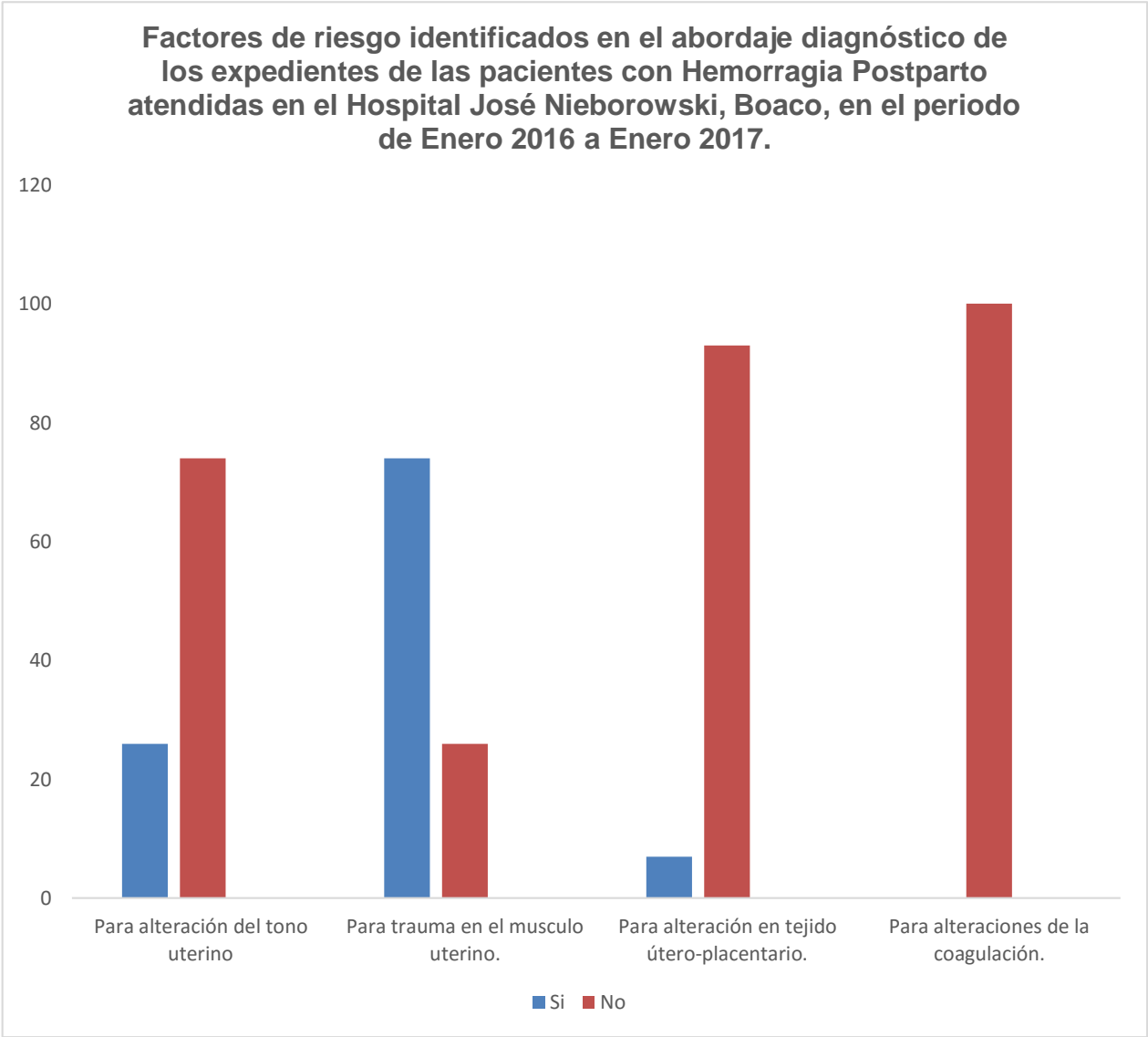
Tabla N°6

Factores de riesgo identificados en el abordaje diagnóstico de los expedientes de las pacientes con Hemorragia Postparto atendidas en el Hospital José Nieborowski, Boaco, en el periodo de Enero 2016 a Enero 2017.

Identificación de factores de riesgo.	Si		No	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Para alteración del tono uterino	11	26	32	74
Para trauma en el musculo uterino.	32	74	11	26
Para alteración en tejido útero-placentario.	3	7	40	93
Para alteraciones de la coagulación.	0	0	43	100

Fuente: ficha de recolección de datos.

Grafico N°2



Fuente tabla N°6

Tabla N°7

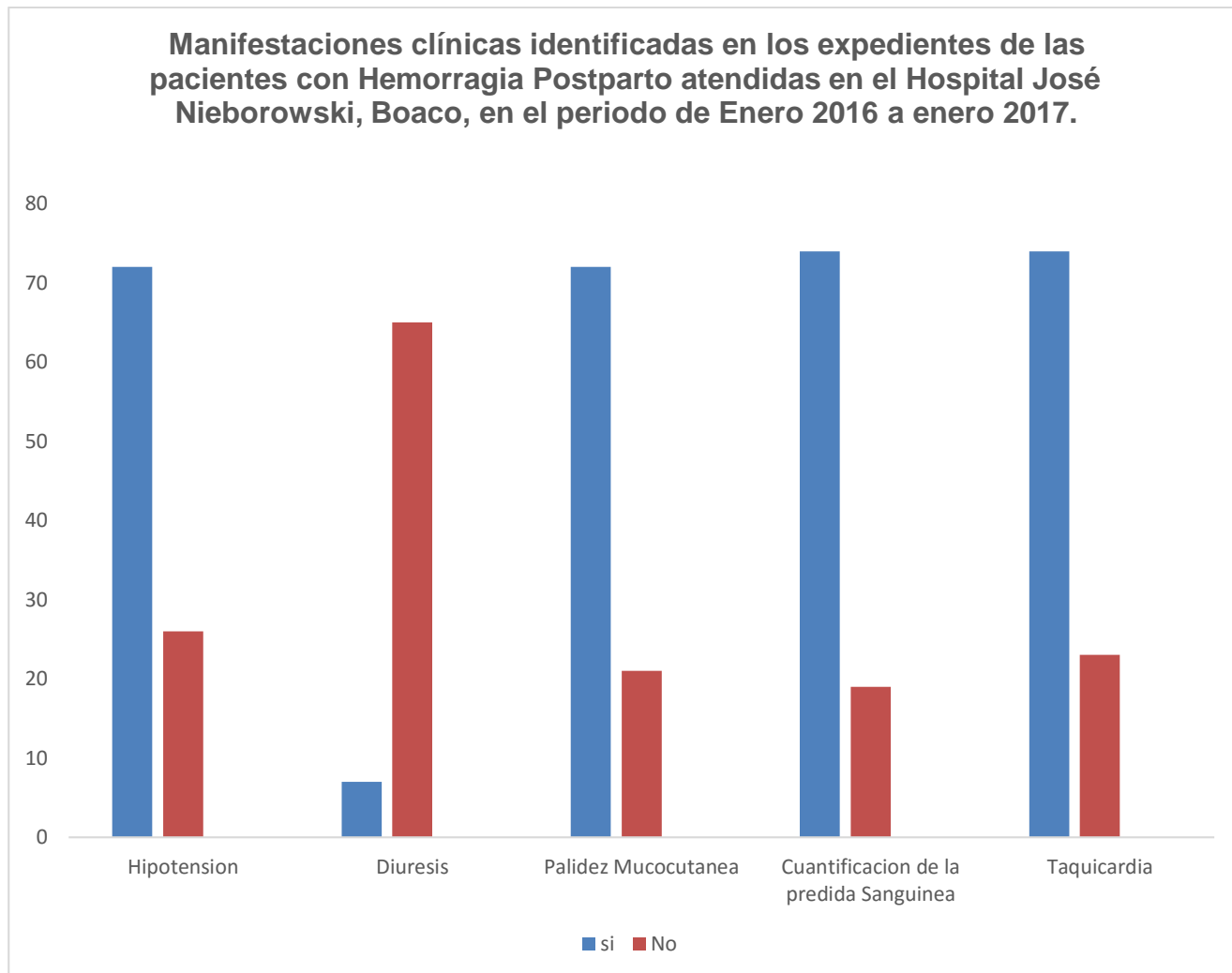
Manifestaciones clínicas identificadas en los expedientes de las pacientes con Hemorragia Postparto atendidas en el Hospital José Nieborowski, Boaco, en el periodo de Enero 2016 a enero 2017.

Identificación de manifestaciones clínicas	Si		No		N/C	
	N°	%	N°	%	N°	%
Hipotensión	31	72	11	26	1	2
Mareos	38	88	5	12	0	0
Palidez mucocutánea	31	72	9	21	3	7
Palpitaciones	29	67	14	33	0	0
Llenado capilar	24	56	13	30	6	14
Diuresis	3	7	28	65	12	28
Dolor intenso	12	28	27	63	4	9
Taquicardia	32	74	10	23	1	2
Inversión uterina visible	0	0	0	0	43	100
Ausencia de globo de seguridad de Pinard	18	42	3	7	22	51
Cuantificación de la pérdida sanguínea	32	74	8	19	3	7
Retención placentaria	5	12	0	0	38	88

Fuente: Ficha de recolección de datos.

Cumplimiento del Protocolo de Hemorragia Postparto, en Pacientes Atendidas en el Hospital José Nieborowski, Boaco, en el Periodo de Enero 2016 a Enero 2017.

Gráfico N°3



Fuente: tabla N°7

Tabla N° 8

Exámenes de laboratorio indicados en los expedientes de las pacientes atendidas en el
Hospital José Nieborowski, Boaco, en el período
Enero 2016 a Enero 2017.

Variables	Si		No		N/C	
	N°	%	N°	%	N°	%
Exámenes de laboratorio indicados						
BHC	43	100	0	0	0	0
Tipo y Rh	43	100	0	0	0	0
TP, TPT	39	91	4	9	0	0
Tiempo de Sangría	2	5	41	95	0	0
Tiempo de Coagulación	3	7	40	93	0	0
Glucemia	38	88	5	12	0	0
Urea	11	26	32	74	0	0
Fibrinógeno	9	21	34	79	0	0
Prueba de coagulación junto a la cama	6	14	37	86	0	0

Tabla N°9

Exámenes de laboratorio realizados en los expedientes de las pacientes atendidas en el Hospital José Nieborowski, Boaco, en el período de Enero 2016 a Enero 2017.

Variables	Si		No		N/C	
	N°	%	N°	%	N°	%
Exámenes de laboratorio realizados						
BHC	43	100	0	0	0	0
Tipo y Rh	43	100	0	0	0	0
TP, TPT	28	65	15	35	0	0
Tiempo de Sangría	0	0	43	100	0	0
Tiempo de Coagulación	1	2	42	98	0	0
Glucemia	25	58	18	42	0	0
Urea	5	12	38	88	0	0
Fibrinógeno	4	9	39	91	0	0
Prueba de coagulación junto a la cama	4	9	39	91	0	0

Tabla N°10

Exámenes de laboratorio interpretados en los expedientes de las pacientes atendidas en
el Hospital José Nieborowski, Boaco, en el período
Enero 2016 a Enero 2017.

Variables	Si		No		N/C	
	N°	%	N°	%	N°	%
Exámenes de laboratorio interpretados						
BHC	43	100	0	0	0	0
Tipo y Rh	43	100	0	0	0	0
TP, TPT	28	65	15	35	0	0
Tiempo de Sangría	0	0	43	100	0	0
Tiempo de Coagulación	1	2	42	98	0	0
Glucemia	24	56	19	44	0	0
Urea	5	12	38	88	0	0
Fibrinógeno	4	9	39	91	0	0
Prueba de coagulación junto a la cama	4	9	39	91	0	0

Cumplimiento del Protocolo de Hemorragia Postparto, en Pacientes Atendidas en el Hospital José Nieborowski, Boaco, en el Periodo de Enero 2016 a Enero 2017.

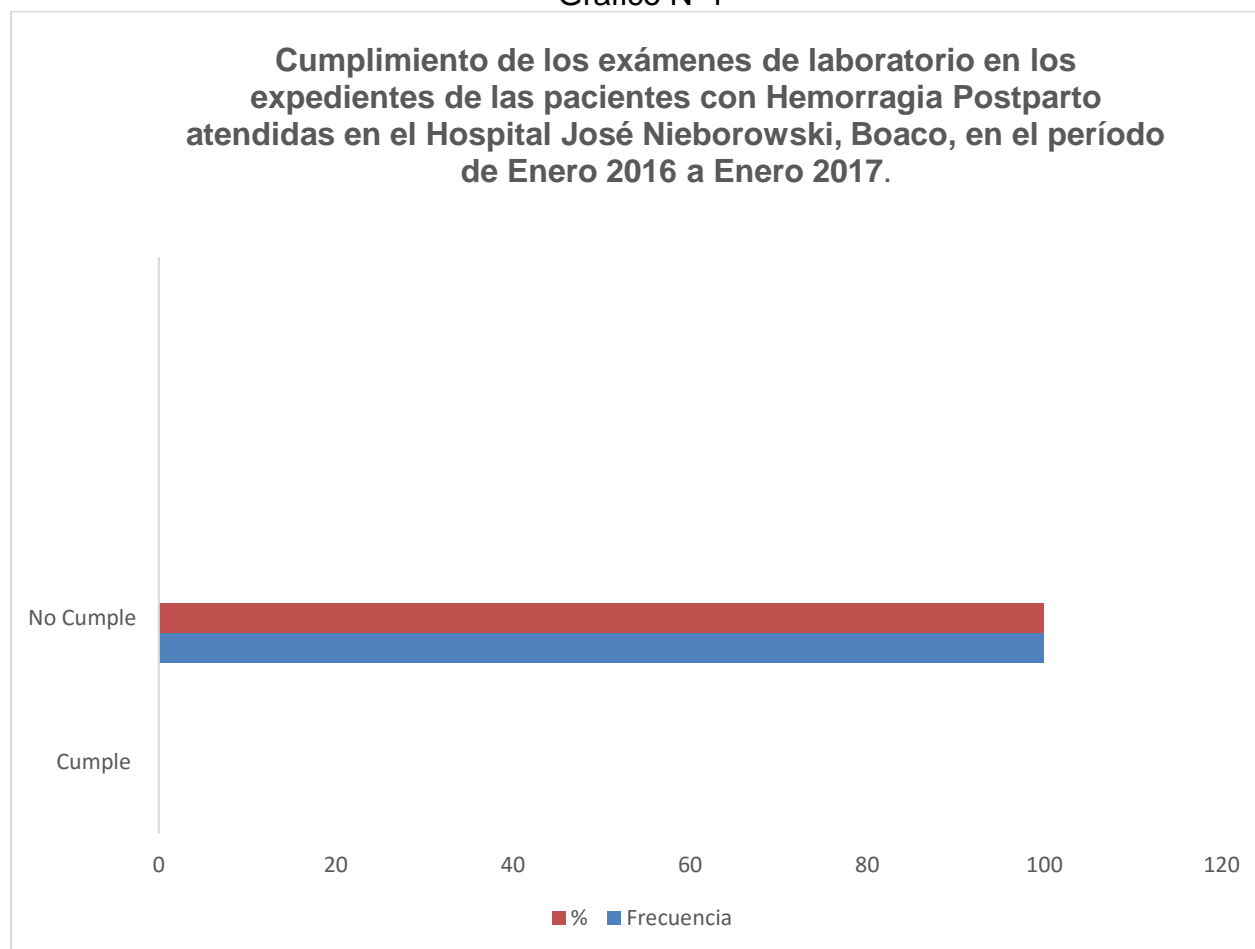
Tabla No.11

Cumplimiento de los exámenes de laboratorio en los expedientes de las pacientes con Hemorragia Postparto atendidas en el Hospital José Nieborowski, Boaco, en el período de Enero 2016 a Enero 2017.

Cumplimiento de exámenes de laboratorio	Frecuencia	%
Cumple	0	0
No cumple	100	100

Fuente: ficha de recolección de datos.

Grafico N°4



Fuente: tabla N°11

Tabla N°12

Manejo activo del tercer periodo del parto en los expedientes de las pacientes con Hemorragia Postparto atendidas en el Hospital José Nieborowski, Boaco, en el periodo de Enero 2016 a Enero 2017.

Manejo activo del tercer periodo del parto. MATEP	Si		No		N/C	
	N°	%	N°	%	N°	%
Administrar 10 UI IM de Oxitocina o 0,2 mg de Ergotamina IM, inmediatamente al nacimiento del bebe, habiendo descartado la presencia de otro bebe y antes del nacimiento de la placenta, se haya usado o no previamente Oxitocina para inducto-conducción.	38	88	4	9	1	2
Pinzamiento del cordón umbilical hasta que deje de pulsar (aproximadamente 3 minutos).	36	84	6	14	1	2
Tensión controlada del cordón umbilical (aprovechando la contracción uterina) con contra tracción (rechazando fondo uterino para evitar inversión uterina).	30	70	5	12	8	19
Realización de masaje uterino inmediato al alumbramiento placentario y cada 15 minutos durante las primeras 2 horas.	34	79	6	14	3	7

Fuente: ficha de recolección de datos.

Cumplimiento del Protocolo de Hemorragia Postparto, en Pacientes Atendidas en el Hospital José Nieborowski, Boaco, en el Periodo de Enero 2016 a Enero 2017.

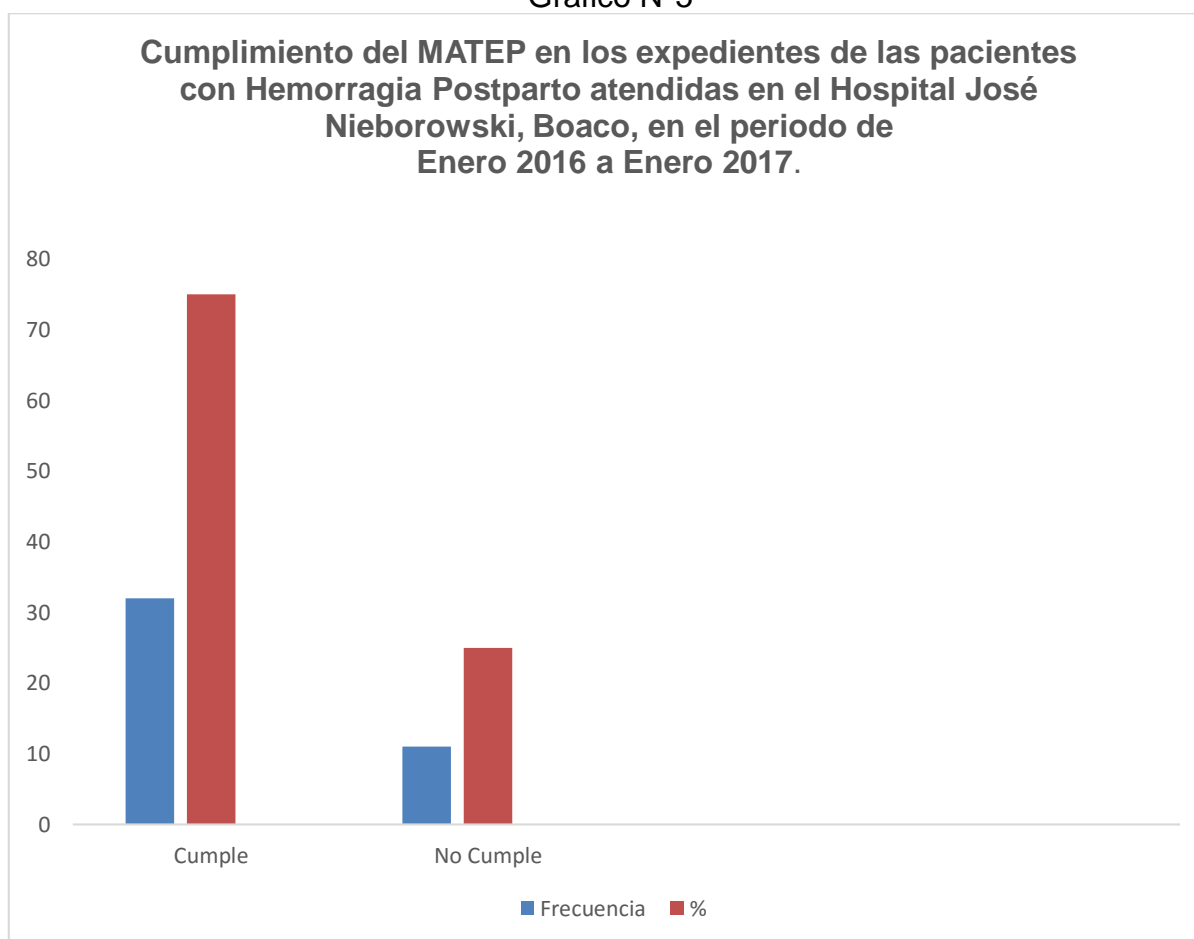
Tabla N°13

Cumplimiento del MATEP en los expedientes de las pacientes con Hemorragia Postparto atendidas en el Hospital José Nieborowski, Boaco, en el periodo de Enero 2016 a Enero 2017.

Cumplimiento del MATEP	Frecuencia	%
Cumple	32	75
No cumple	11	25

Fuente: ficha de recolección de datos.

Grafico N°5



Fuente: tabla N°13

Tabla N°14

Manejo de Atonía Uterina en los expedientes de las pacientes con Hemorragia Postparto
atendidas en el Hospital José Nieborowski, Boaco, en el período de
Enero 2016 a Enero 2017.

Manejo de Hemorragia Postparto por Atonía Uterina		Si		No		N/A		No atonía	
		N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Acciones inmediatas									
Realizo masaje uterino.		19	44	1	2	1	2	22	51
Verifico si placenta (y anexos) estaba íntegras.		20	47	0	0	1	0	22	51
Si no estaba íntegra, extrajo tejido placentario residual.		6	14	1	2	14	33	22	51
Uso de oxitócicos juntos o en secuencia.									
Inicio Oxitocina IV, 20 UI en 1L de SSN o Ringer a 60 gotas por min (o 10 UI IM). Ergometrina contraindicada en hipertensión. Si se requiere, aplicar 0.2 mg IM y vigilar PA por posibilidad de hipertensión.		19	44	1	2	1	2	22	51
Continuó: Oxitocina IV, 20 UI en 1L de SSN o Ringer 20 a 40 gotas por min (máximo 3L).		19	44	1	2	1	2	22	51
Si se requirió transfusión, se realizó la misma.		14	33	0	0	7	16	22	51
Maniobras (Que salvan vidas):									
Si el sangrado continuó: realizó compresión bimanual del útero y/o compresión de la aorta abdominal.		2	5	2	5	17	39	22	51
Mantuvo la compresión bimanual del útero y/o compresión de la aorta abdominal hasta controlar sangrado y que el útero se contrajera.		2	5	2	5	17	39	22	51
En caso de cirugía o traslado a otra unidad de salud: mantuvo la compresión bimanual del útero y/o compresión de la aorta abdominal hasta llegar a sala de operaciones y/o entrega en emergencia del hospital.		1	2	1	2	19	44	22	51
Refirió oportunamente a mayor nivel de resolución.		7	16	0	0	14	32	22	51

Fuente: Lista de chequeo del MINSA

Tabla N° 15

Manejo de Desgarro vulvo-perineal, vaginal o cervical en las pacientes con Hemorragia Postparto atendidas en el Hospital José Nieborowski, Boaco, en el período de Enero 2016 a Enero 2017.

Manejo de la Hemorragia Postparto por Desgarro vulvo-perineal, vaginal o cervical		Si		No		N/C		No desgarro	
		N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
El diagnóstico de desgarro de cuello, vagina o periné se basó en:									
Sospechó desgarro de cuello, vagina o periné al obtener placenta completa y útero contraído, pero con hemorragia vaginal.		7	16	0	0	0	0	36	84
Examinó cuidadosamente el canal del parto en busca de desgarros del cuello uterino, vagina o periné.		6	14	0	0	1	2	36	84
Acciones inmediatas:									
Reparó desgarros identificados del cuello vagina o periné.		6	14	0	0	1	2	36	84
Si el sangrado continuó, realizó prueba de coagulación junto a la cama.		2	5	3	7	2	5	36	84
Refirió oportunamente a mayor nivel de resolución		2	5	0	0	5	12	36	84

Fuente: ficha de recolección de datos.

Tabla N°16

Manejo de la inversión uterina en los expedientes de las pacientes con Hemorragia Postparto atendidas en el Hospital José Nieborowski, Boaco, en el período de Enero 2016 a Enero 2017.

Manejo de la Hemorragia Postparto por Ruptura uterina		Si		No		N/C		No ruptura	
		N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
	Repuso el volumen de sangre infundiendo líquidos (SSN o Ringer Lactato) antes de la cirugía.	1	2	0	0	0	0	42	98
	Cuando la mujer estuvo hemodinamicamente estable, hizo cirugía inmediatamente para extraer bebé y placenta.	1	2	0	0	0	0	42	98
	Si el útero se pudo reparar con menos riesgo operatorio que histerectomía, reparó el útero.	1	2	0	0	0	0	42	98
	Si el útero no se pudo reparar , realizó histerectomía total o subtotal.	0	0	0	0	1	2	42	98
	Se realizó esterilización quirúrgica (preferiblemente debe hacerse).	1	2	0	0	0	0	42	98
	Refirió oportunamente a mayor nivel de resolución.	0	0	0	0	1	2	42	98

Fuente: ficha de recolección de datos.

Tabla N°17

Manejo de Retención Placenta en los expedientes de las pacientes con Hemorragia Postparto atendidas en el Hospital José Nieborowski, Boaco, en el período de Enero 2016 a Enero 2017.

Manejo de la Hemorragia Postparto por Retención placentaria		Si		No		N/C		No Ret Plac	
		N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
El diagnóstico de retención placentaria se basó en:									
La placenta no se expulsó después de 15 min con manejo activo o 30 min con manejo expectante.		4	9	1	2	0	0	38	88
Acciones inmediatas:									
Si la placenta estaba a la vista, le pidió que pujara.		4	9	1	2	0	0	38	88
Si palpo la placenta en vagina, la extrajo.		3	7	2	5	0	0	38	88
Aseguro vejiga vacía (espontáneamente o por cateterización vesical).		1	2	4	9	0	0	38	88
Si Retención Placentaria fue con manejo expectante:									
Aplicó manejo activo del tercer periodo del parto (otra alternativa 10 UI de Oxitocina IM o diluir 10 UI de Oxitocina en 1 litro de SSN y pasarla IV a 40 gotas por min).		4	9	1	2	0	0	38	88
Si Retención Placentaria fue con manejo activo:									
Si la placenta no se expulsó en 15 min y útero contraído, realizó expresión del fondo uterino (maniobra de Credé).		1	2	4	8	0	0	38	88
Si maniobra de Credé no dió resultado, realizó extracción manual de placenta.		2	5	3	7	0	0	38	88
Si la extracción manual de placenta no fue posible, pensó (registró) la posibilidad de acretismo placentario.		1	2	3	7	1	2	38	88
Refirió oportunamente a mayor nivel de resolución.		4	9	0	0	1	2	38	88

Fuente: ficha de recolección de datos

Tabla N°18

Manejo de Retención de Fragmentos Placentarios en los expedientes de las pacientes con Hemorragia Postparto atendidas en el Hospital José Nieborowski, Boaco, en el período de Enero 2016 a Enero 2017.

Manejo de la Hemorragia Postparto por Retención de Fragmentos Placentarios.		Si		No		N/C		No Ret Frag Plac	
		N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
	Palpó dentro del útero buscando restos placentarios y membranosos.	6	14	2	2	0	0	35	81
	Extrajo fragmentos digitalmente, con pinza de ojo (foersters) o legra gruesa.	7	16	1	2	0	0	35	81
	Si la extracción de restos placentarios no fue posible; pensó (registró) en la posibilidad de acretismo placentario.	0	0	3	7	5	12	35	81
	Si el sangrado continuó: pensó en coagulopatía y realizó prueba de coagulación junto a la cama.	2	5	3	7	3	7	35	81
	Refirió oportunamente a mayor nivel de resolución.	2	5	0	0	5	12	35	81

Fuente: ficha de recolección de datos

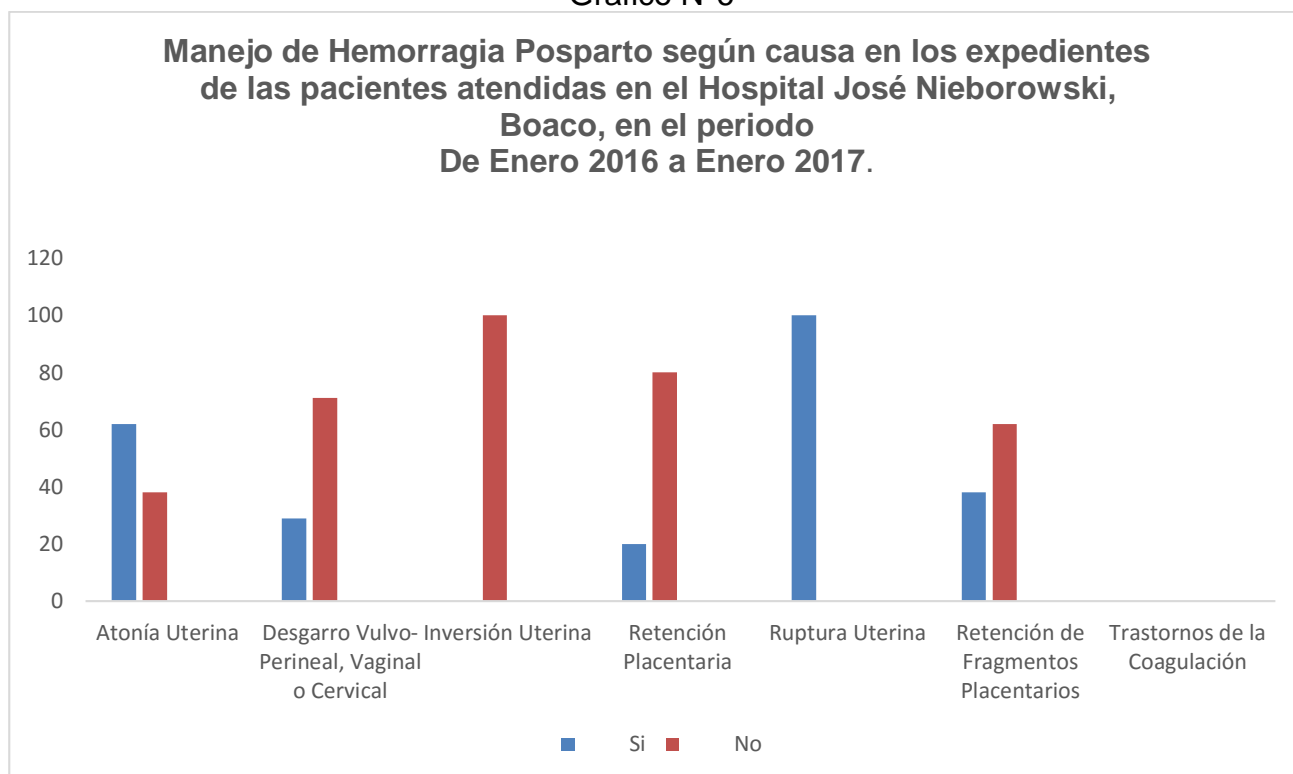
Tabla N°19

Manejo de Hemorragia Posparto según causa en los expedientes de las pacientes atendidas en el Hospital José Nieborowski, Boaco, en el periodo De Enero 2016 a Enero 2017.

Manejo de Hemorragia Postparto según causa	Si		No	
	N°	%	N°	%
Atonía Uterina	13	62	8	38
Desgarro Vulvo-Perineal, Vaginal o Cervical	2	29	5	71
Inversión Uterina	0	0	1	100
Retención Placentaria	1	20	4	80
Ruptura Uterina	1	100	0	0
Retención de Fragmentos Placentarios	3	38	5	62
Trastornos de la Coagulación	0	0	0	0

Fuente: ficha de recolección de datos.

Grafico N°6



Fuente: tabla N°19

Cumplimiento del Protocolo de Hemorragia Postparto, en Pacientes Atendidas en el Hospital José Nieborowski, Boaco, en el Periodo de Enero 2016 a Enero 2017.

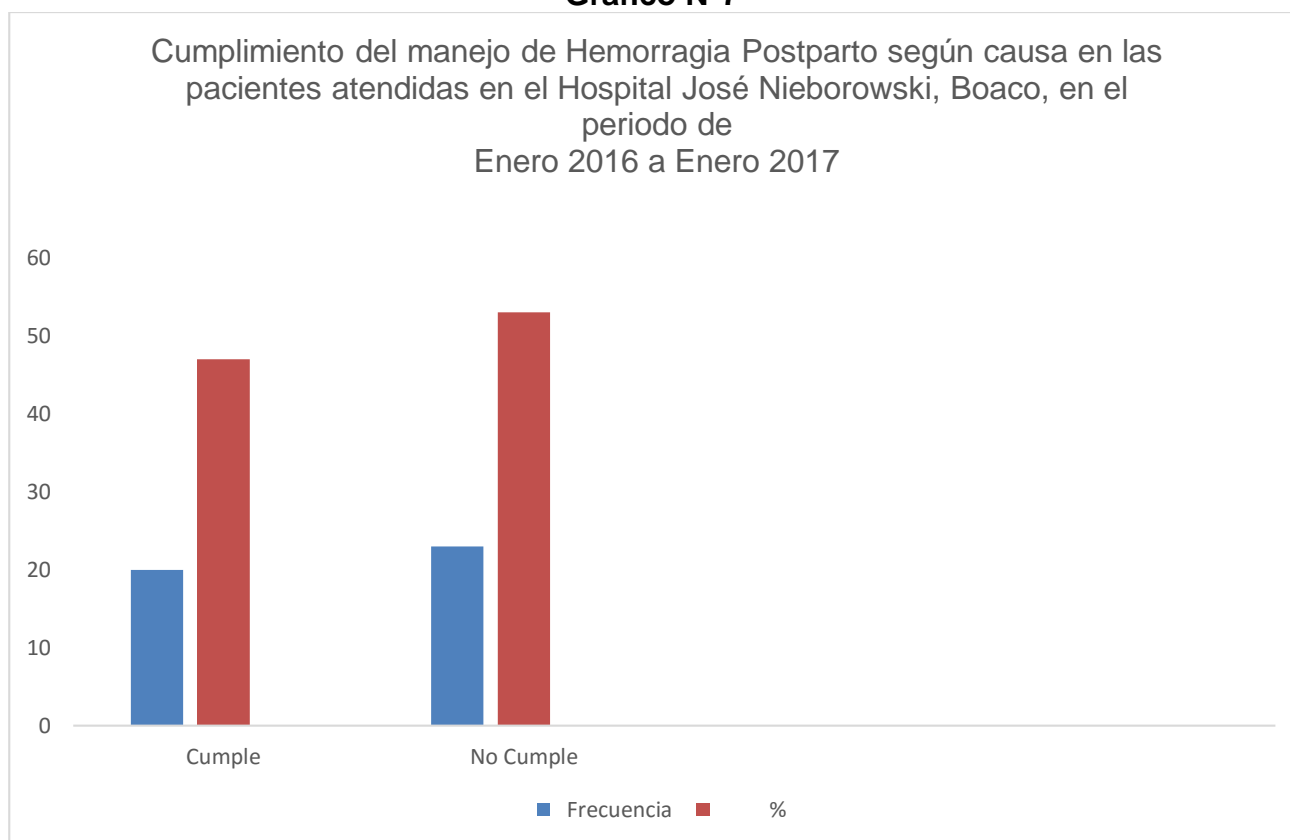
Tabla. N°20

Cumplimiento del manejo de Hemorragia Postparto según causa en las pacientes atendidas en el Hospital José Nieborowski, Boaco, en el periodo de Enero 2016 a Enero 2017

Cumplimiento de Manejo	Frecuencia	%
Cumple	20	47
No cumple	23	53

Fuente: ficha de recolección de datos.

Grafico N°7



Fuente: tabla N°18

Tabla N°21

Criterios de alta en las pacientes con Hemorragia Postparto atendidas en el Hospital José Nieborowski, Boaco, en el periodo de enero 2016 a enero 2017.

Criterios de alta	Si		No		N/C	
	N°	%	N°	%	N°	%
Ausencia de sangrado anormal.	41	100	0	0	0	0
Hematocrito en límites aceptables posterior al evento obstétrico entre 28 a 30%.	29	71	12	29	0	0
Signos vitales en límites normales.	41	100	0	0	0	0
No hay signos de infección.	38	93	2	5	1	3
Herida quirúrgica sin complicaciones.	16	39	3	7	22	54
Al recuperar su estado de salud, será referida a la unidad de salud de su procedencia.	41	100	0	0	0	0
Consejería y oferta de método de planificación familiar.	36	88	4	10	1	2
Consejería sobre lactancia materna.	41	100	0	0	0	0
Dieta adecuada a sus requerimientos.	38	93	3	7	0	0
Retiro de puntos y continuidad del tratamiento: <ul style="list-style-type: none"> Administre DT, si el esquema está incompleto o no se conoce. 	22	54	0	0	19	46
Administre Sulfato Ferroso, Ácido Fólico y Vitamina B12.	41	100	0	0	0	0

Fuente: ficha de recolección de datos.

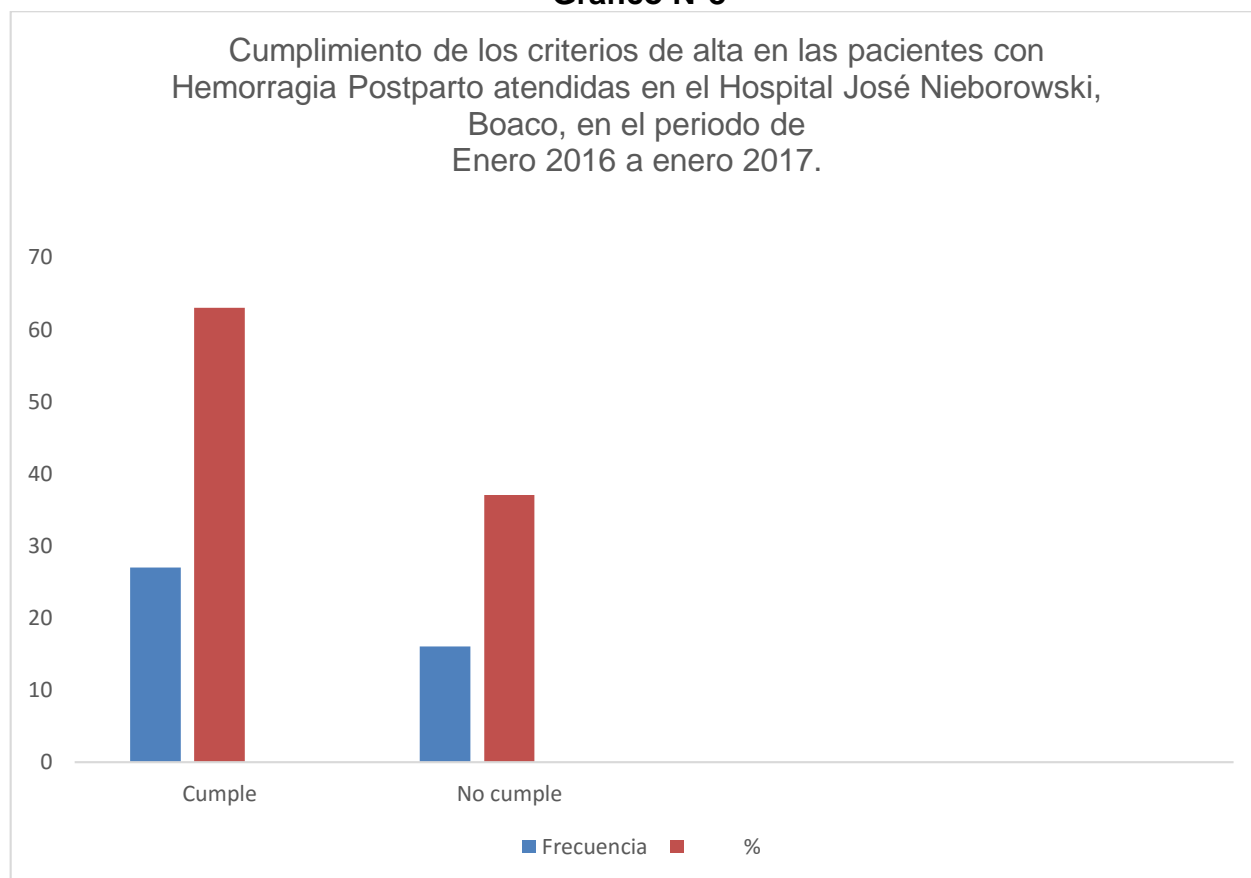
Cumplimiento del Protocolo de Hemorragia Postparto, en Pacientes Atendidas en el Hospital José Nieborowski, Boaco, en el Periodo de Enero 2016 a Enero 2017.

Tabla N°22

Cumplimiento de los criterios de alta en las pacientes con Hemorragia Postparto atendidas en el Hospital José Nieborowski, Boaco, en el periodo de Enero 2016 a enero 2017.

Cumplimiento de los criterios de alta.	Frecuencia	%
Cumple	27	63
No cumple	16	37

Grafico N°8



Fuente: tabla N°22

**Cumplimiento del Protocolo de Hemorragia Postparto, en Pacientes Atendidas en el Hospital José Nieborowski,
Boaco, en el Periodo de Enero 2016 a Enero 2017.**

ANEXO 3. Instrumento de Recolección de Datos

Ministerio de Salud

Dirección de extensión y Calidad de la Atención

-Porcentaje de usuarias con Complicaciones Obstétricas que recibieron tratamiento de acuerdo a Protocolos del MINSA.

Basado en el Protocolo para la Atención de las Complicaciones Obstétricas. MINSA, abril 2013. Pags. 161

Cada número corresponde a un expediente monitoreado con el diagnóstico de **Hemorragia Postparto Inmediato**. Registre el número del expediente monitoreado. Anotar **1** en la casilla correspondiente si el criterio evaluado es satisfactorio (Se Cumple). Si el criterio no es satisfactorio (No Se cumple), anotar **0**. Registrar **NA** (No Aplica), en caso de que el criterio a monitorear no sea válido en el presente caso o que no pueda aplicarse en este nivel de atención. La casilla de **Expediente Cumple**, se marcará con **1** solamente si en el expediente monitoreado se cumplieron todos los criterios, exceptuando los NA. El **Promedio Global**, se obtiene de dividir el Total de **Expediente Cumple 1** entre el Total de **Expedientes Monitoreados X 100**. El promedio por criterio nos servirá para focalizarnos en los Ciclos Rápidos de Mejoría Continua del o los criterios que no estamos cumpliendo (Fallos de la Calidad de Atención).

Número de Expediente→							
ATONÍA UTERINA: Criterios		1	2	3	4	5	Pron
Acciones Inmediatas:							
1	-Realizó masaje uterino						
2	-Verificó si placenta (y anexos) estaba íntegra.						
3	-Si no estaba íntegra, extrajo tejido placentario residual.						
Usó de oxitócicos juntos o en secuencia:							
4	Inició Oxitocina IV, 20 UI en 1 L de SSN ó Ringer a 60 gotas por min (ó 10 UI IM). Ergometrina contraindicada en hipertensión. Si se requiere, aplicar 0.2 mg IM y vigilar PA por posibilidad de hipertensión.						
5	-Continuó: Oxitocina IV, 20 UI en 1 L de SSN ó Ringer 20 a 40 gotas por min (máximo 3 L).						
6	-Si se requirió transfusión, se realizó la misma.						
Maniobras (Que salvan vidas):							
7	-Si el sangrado continuó: Realizó compresión bimanual del útero y/o Compresión de la aorta abdominal.						
8	-Mantuvo la Compresión Bimanual del Útero y/o Compresión de la Aorta Abdominal hasta controlar sangrado y que el útero se contrajera.						
9	-En caso de cirugía o traslado a otra unidad de salud: Mantuvo la Compresión Bimanual del Útero y/o Compresión de la Aorta Abdominal hasta llegar a sala de operaciones y/o entrega en emergencia del hospital.						
10	-Refirió oportunamente a mayor nivel de resolución.						
Expediente Cumple:							
Promedio Global (Total de Exp Cumple / Total Exp Revisados x 100)							
Número de Expediente→							
DESGARROS: CUELLO, VAGINA O PERINÉ: Criterios		1	2	3	4	5	Prom
El diagnóstico de desgarro de cuello, vagina o periné se basó en:							
1	-Sospechó de desgarro de cuello, vagina o periné al obtener placenta completa y útero contraído pero con hemorragia vaginal.						
2	-Examinó cuidadosamente el canal del parto en busca de desgarros de cuello uterino, vagina o periné.						
Acciones Inmediatas:							
3	-Reparó desgarros identificados de cuello uterino, vagina o periné.						
4	-Si el sangrado continuó, realizó prueba de coagulación junto a la cama.						
5	-Refirió oportunamente a mayor nivel de resolución.						
Expediente Cumple:							

Promedio Global (Total de Exp Cumple / Total Exp Revisados x 100)							
	Número de Expediente→						
RETENCIÓN PLACENTARIA: Criterios		1	2	3	4	5	Prom
El diagnóstico de Retención Placentaria se basó en:							
1	-La placenta no se expulsó después de 15 min con Manejo Activo ó 30 min con Manejo Expectante						
Acciones Inmediatas:							
3	-Si la placenta estaba a la vista, le pidió que pujara.						
4	-Si palpó la placenta en vagina, la extrajo.						
5	-Aseguró vejiga vacía (espontáneamente o por cateterización vesical)..						
Si Retención Placentaria fue con Manejo Expectante:							
6	-Aplicó Manejo Activo del Tercer Periodo del Parto (otra alternativa a 10 UI Oxitocina IM es diluir 10 UI Oxitocina en 1Lt de SSN y pasarla IV a 40 gotas por min)..						
Si Retención Placentaria fue con Manejo Activo:							
7	-Si la placenta no se expulsó en 15 minutos y útero contraído, realizó Expresión del fondo uterino (Maniobra de Credé)..						
8	-Si Maniobra de Credé no dio resultado, realizó Extracción Manual de Placenta.						
9	-Si Extracción Manual de Placenta no fue posible, pensó (registró) la posibilidad de Acretismo Placentario.						
10	-Refirió oportunamente a mayor nivel de resolución.						
Expediente Cumple:							
Promedio Global (Total de Exp Cumple / Total Exp Revisados x 100)							
	Número de Expediente→						
RETENCIÓN DE FRAGMENTOS PLACENTARIOS: Criterios		1	2	3	4	5	Prom
1	-Palpó dentro del útero buscando restos placentarios y membranosos.						
2	-Extrajo fragmentos digitalmente, con pinza de ojos (Foerster) o legra gruesa.						
3	-Si la extracción de restos placentarios no fue posible, pensó (registró) en posibilidad de Acretismo Placentario.						
4	- Si el sangrado continuó: pensó en coagulopatía y realizó prueba de coagulación junto a la cama.						
5	-Refirió oportunamente a mayor nivel de resolución.						
Expediente Cumple:							
Promedio Global (Total de Exp Cumple / Total Exp Revisados x 100)							

Número de Expediente→							
INVERSIÓN UTERINA: Criterios		1	2	3	4	5	Prom
1	-Corrigió la inversión uterina de inmediato (preferiblemente con sedación o anestesia gral. con halotano).						
2	- NO aplicó oxitócicos antes de reducir la inversión.						
3	-Si la mujer tenía dolor severo, aplicó ó Morfina 0.1 mg/Kg peso IM.						
4	-Si el sangrado continuó: realizó prueba de coagulación junto a la cama.						
5	-Indicó y aplicó antibióticos profilácticos, dosis única, después de corregir la inversión: Ampicilina 2 grs IV + Metronidazol 500 mg IV o Cefazolina 1 gr IV + Metronidazol 500 mg IV.						
6	-Si había signos de infección (fiebre, secreción vaginal fétida) aplicó antibióticos como para una metritis: Ampicilina 2 grs IV c/6 hrs + Gentamicina 160 mg IV cada 24 hrs + Metronidazol 500 mg IV c/8 hrs.						
7	-Si sospechó necrosis, indicó / realizó o refirió para histerectomía vaginal.						
8	-Refirió oportunamente a mayor nivel de resolución.						
Expediente Cumple:							
Promedio Global (Total de Exp Cumple / Total Exp Revisados x 100)							
Número de Expediente→							
RUPTURA UTERINA: Criterios		1	2	3	4	5	Prom
1	-Repuso el volumen de sangre infundiendo líquidos (SSN o Ringer Lactato) antes de la cirugía.						
2	-Cuando la mujer estuvo hemodinámicamente estable, hizo cirugía inmediata para extraer bebé y placenta.						
4	-Si útero se pudo reparar con menos riesgo operatorio que histerectomía, reparó el útero.						
5	-Si útero no se pudo reparar, realizó histerectomía total o subtotal.						
7	-Se realizó esterilización quirúrgica (Preferiblemente debe realizarse).						
8	-Refirió oportunamente a mayor nivel de resolución.						
Expediente Cumple:							
Promedio Global (Total de Exp Cumple / Total Exp Revisados x 100)							